

Francielle Lopes Alves

**A CONFIGURAÇÃO DA DEMANDA DE ATUAÇÃO DOS
ASSISTENTES SOCIAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
QUESTÕES DO “SOCIAL” COMO MATÉRIA-OBJETO DE
TRABALHO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Tamaso Mioto

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Alves, Francielle Lopes

A configuração da demanda de atuação dos assistentes sociais em serviços de saúde : questões do "social" como matéria-objeto de trabalho / Francielle Lopes Alves ; orientador, Regina Célia Tamaso Mioto, 2018.
409 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Saúde. 3. Demanda. 4. Social. I. Mioto, Regina Célia Tamaso. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

Francielle Lopes Alves

A CONFIGURAÇÃO DA DEMANDA DE ATUAÇÃO DOS
ASSISTENTES SOCIAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: QUESTÕES
DO “SOCIAL” COMO MATÉRIA-OBJETO DE TRABALHO

Esta Tese foi julgada adequada para a obtenção do Título de “Doutora em Serviço Social” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Florianópolis, 05 de março de 2018.

Profa. Dra. Beatriz Augusto de Paiva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Profa. Dra. Regina Célia Tamaso Mioto
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Orientadora

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Carmelita Yazbek
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC São Paulo

Profa. Dra. Luciana Patrícia Zucco
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Profa. Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Profa. Dra. Michelly Laurita Wiese
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Suplente

Profa. Dra. Maria Virginia Righetti Fernandes Camilo
Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC-Campinas

Dedico esse trabalho a meus pais, Luiz
e Lucia, pelos sonhos semeados.

A Rafael, meu filho, pelo amor sempre
florescendo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade da formação. A todo povo que mantém a Universidade como um patrimônio público, gratuito, comprometido com uma sociedade mais justa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, seu corpo docente e servidores.

Ao Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade da pesquisa.

À Professora Regina Célia Tamaso Miotto, minha orientadora, por compartilhar com afetuosidade todos os momentos de minha trajetória acadêmica. Tenho em você o exemplo de uma grande educadora e assistente social. Gratidão!

Aos professores Helder Boska de Moraes Sarmento, Maria Del Carmen Cortizo, Simone Sobral Sampaio e Helenara Fagundes, por proporcionarem momentos de reflexão que conferiram relevantes subsídios na elaboração desse trabalho.

Às professoras Maria Carmelita Yazbek, Luciana Patrícia Zucco, Vera Maria Ribeiro Nogueira, Michelly Laurita Wiese, Maria Virginia Righetti Fernandes Camilo, pelas importantes contribuições para qualificar esse trabalho.

À todas as pessoas que com muito carinho apoiaram na organização do material que hoje está contemplado nessa tese, especialmente à Analu dos Santos Lopes, Manuela Darosci, Victória Nicolosi, Gabriela Nunes Crespo, André Luiz Lopes Alves e Simão Vieira Simões.

À equipe de Serviço Social do HU/UFSC e a todos os profissionais que se disponibilizaram a participar do processo da pesquisa por meio da entrevista.

A minha mãe, Lucia, e ao meu pai, Luiz, pelos sonhos semeados, pela confiança que nutre e sustenta, pelo amor que se perpetua.

A Rafael, meu filho, com quem cresço junto, que me ensina a olhar para o futuro e me desperta os mais lindos sentimentos. Te amo xerinho!

A Eduardo, companheiro de jornada, e meus irmãos, Carolina e André, pela dedicação, pelos suportes nas horas difíceis e pelo carinho e confiança. Aos meus sobrinhos Bruna e Mateus, pelos momentos de doçura. Aos meus cunhados Janaína e Lizandro, pela amizade, pelo bem querer.

Aos meus amigos e familiares, pela torcida que fez essa caminhada mais leve e florida.

A amigos especiais que me garantiram inspiração, alegria para abastecer a alma, colo nas horas duras e fé para alcançar: Andreia Burlin, Mariana Silveira Barcelos, Telma Cristiane Sasso de Lima, Carla Gabriela Cavini Bontempo, Deidvid Abreu, Judizeli Baigorria, Daiana Alves Siqueira, Maria do Rosário Lima de Oliveira, Analu dos Santos Lopes e Fernanda Schutz, que tanto incentivou para o início do curso do Doutorado. Com muito carinho também à Mayara Zimmermann Gelsleichter, Scheila Rodrigues Silveira, Daielen Trevisol Santos, Moara Monteiro Sant'Helena, Letícia Possamai Della, Sheylla Beatriz Cabral e à todas as outras lindezas que as antecederam como residentes e estagiárias/os. Pessoas que moram na minha vida e no meu coração! Amo vocês!

À todas/os as/os ex e atuais residentes, estagiários, bolsistas do Serviço Social do HU/UFSC que compartilham suas experiências e suas energias renovadoras. Vocês inspiram dias melhores, com mais afeto e fazem a diferença!

À Michelle Lorenzen e aos trabalhadores do CEU Miguel Arcanjo pelos cuidados recebidos, pela humanidade ressignificada. Imensa gratidão!

A todos que fizeram parte dessa conquista! Aos que fazem das suas histórias a minha também.

Chegar para agradecer e louvar.
Louvar o ventre que me gerou
O orixá que me tomou,
E a mão da doçura de Oxum que consagrou.
Louvar a água de minha terra
O chão que me sustenta, o palco, o massapê,
A beira do abismo,
O punhal do susto de cada dia.
Agradecer as nuvens que logo são chuva,
Sereniza os sentidos
E ensina a vida a reviver.
Agradecer os amigos que fiz
E que mantém a coragem de gostar de mim, apesar de mim...
Agradecer a alegria das crianças,
As borboletas que brincam em meus quintais, reais ou não.
Agradecer a cada folha, a toda raiz, as pedras majestosas

E as pequeninas como eu, em Aruanda.
Agradecer o sol que raia o dia,
A lua que como o menino Deus espraia luz
E vira os meus sonhos de pernas pro ar.
Agradecer as marés altas
E também aquelas que levam para outros costados todos os males.
Agradecer a tudo que canta no ar,
Dentro do mato sobre o mar,
As vozes que soam de cordas tênues e partem cristais.
Agradecer os senhores que acolhem e aplaudem esse milagre.
Agradecer,
Ter o que agradecer.
Louvar e abraçar!
Maria Bethânia

RESUMO

Busca compreender a configuração da demanda de atuação de assistentes sociais em serviços de saúde. Demanda é utilizada no sentido das práticas de requerimento de atendimento dos profissionais em contextos de trabalho em equipe. Realizou-se uma pesquisa orientada pelo método histórico-dialético, de natureza qualitativa. Os dados foram coletados a partir de documentos (legislações pertinentes aos serviços) e 37 entrevistas dirigidas com profissionais de três serviços prestados em um hospital: Urgência e Emergência, Transplante e Internação Pediátrica. Os dados foram analisados com suporte da técnica de análise de conteúdo temática. A pesquisa documental indicou uma incorporação controlada e diferenciada da especialização do trabalho em saúde e uma tendência ao estabelecimento de estratégias de controle das decisões nos processos de trabalho em saúde. Sugerem uma complicada combinação em duas dimensões: a) entre o fomento de práticas horizontalizadas de trabalho e a manutenção de áreas profissionais subsidiárias à área médica; b) entre autonomia dos trabalhadores e práticas de controle com enfoque na eficiência. As demandas de atuação se circunscrevem às rotinas que expressam um “arcabouço institucional” e tendem a variar segundo as condições e formas de organização e sistematização do trabalho de quem demanda e do próprio assistente social. A demanda se configura nos processos de trabalho a partir de um recorte/leitura e apreensão do objeto-matéria do profissional que se demanda, articulada ao reconhecimento de competências e atribuições no contexto de um serviço ou equipe. No processo da demanda há uma contradição fundamental entre aquilo que se estabelece como matéria-objeto para os assistentes sociais e o que a categoria profissional define para si em um projeto profissional emergente. A matéria-objeto é identificada com o “social”, que é tomado de um “dado-indicador” (ou de uma combinação deles) no atendimento aos usuários. Como processo de decisão, as demandas se convergem com práticas de seleção e pressupostos estabelecidos pelos profissionais. As práticas de seleção se articulam em três dimensões: pertença dos usuários a grupos/segmentos sociais vulneráveis ou de risco; disponibilidade e polivalência frente às habilidades interpessoais; melhor produtividade do serviço. O processo da demanda revela a força das referências tradicionais na experiência diária/rotina dos profissionais. Sobre experiência de trabalho se evidenciam quatro questões acerca da demanda do assistente social: a) na experiência se conhece e se aprende sobre o seu trabalho; b) tem impacto na demanda o trabalho em equipes com composição estável;

c) o maior tempo de ensino em serviço favorece o reconhecimento das possibilidades de atuação; d) na experiência de trabalho se realiza a função político-pedagógica dos assistentes sociais. Os assistentes sociais incorporam a análise da demanda no processo da ação e identificam as referências limitadas a sua matéria-objeto. A experiência de atuação deve se vincular a estratégias que busquem consolidar a criação de uma nova cultura de organização do trabalho. Espera-se ter indicado elementos para ampliar as discussões a respeito da demanda frente aos dilemas da efetivação do projeto profissional, que se realiza nos enfrentamentos e nas contraposições que se processam no cotidiano e que carecem reconhecimento e avanço.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Demanda. Social.

RESUMEN

Se busca comprender la configuración de la demanda de actuación de asistentes sociales en servicios de salud. La demanda se utiliza en el sentido de las prácticas de solicitud de atención de los profesionales en contextos de trabajo en equipo. Se realizó una investigación orientada por el método histórico-dialéctico, de naturaleza cualitativa. Los datos fueron recolectados a partir de documentos (legislaciones pertinentes a los servicios) y 37 entrevistas dirigidas con profesionales de tres servicios prestados en un hospital: Urgencia y Emergencia, Trasplante e Internación Pediátrica. Los datos fueron analizados con soporte de la técnica de análisis de contenido temático. La investigación documental indicó una incorporación controlada y diferenciada de la especialización del trabajo en salud y una tendencia al establecimiento de estrategias de control de las decisiones en los procesos de trabajo en salud. Sugieren una complicada combinación en dos dimensiones: a) entre el fomento de prácticas horizontales de trabajo y el mantenimiento de áreas profesionales subsidiarias al área médica; b) entre autonomía de los trabajadores y prácticas de control con enfoque en la eficiencia. Las demandas de actuación se circunscriben a las rutinas que expresan un "marco institucional" y tienden a variar según las condiciones y formas de organización y sistematización del trabajo de quien demanda y del propio asistente social. La demanda se configura en los procesos de trabajo a partir de un recorte/lectura y aprehensión del objeto-materia del profesional que se demanda, articulada al reconocimiento de competencias y atribuciones en el contexto de un servicio o equipo. En el proceso de la demanda hay una contradicción fundamental entre lo que se establece como materia-objeto para los asistentes sociales y lo que la categoría profesional se define para sí en un proyecto profesional emergente. La materia-objeto es identificada con el "social", que es tomado de un "dato-indicador" (o de una combinación de ellos) en la atención a los usuarios. Como proceso de decisión, las demandas se convergen con prácticas de selección y presupuestos establecidos por los profesionales. Las prácticas de selección se articulan en tres dimensiones: pertenencia de los usuarios a grupos / segmentos sociales vulnerables o de riesgo; disponibilidad y polivalencia frente a las habilidades interpersonales; mejor productividad del servicio. El proceso de la demanda revela la fuerza de las referencias tradicionales en la experiencia diaria / rutina de los profesionales. Sobre la experiencia de trabajo se evidencian cuatro cuestiones acerca de la demanda del asistente social: a)

en la experiencia se conoce y se aprende sobre su trabajo; b) tiene impacto en la demanda el trabajo en equipos con composición estable; c) el mayor tiempo de enseñanza en servicio favorece el reconocimiento de las posibilidades de actuación; d) en la experiencia de trabajo se realiza la función político-pedagógica de los asistentes sociales. Los asistentes sociales incorporan el análisis de la demanda en el proceso de la acción e identifican las referencias limitadas a su materia-objeto. La experiencia de actuación debe vincularse a estrategias que busquen consolidar la creación de una nueva cultura de organización del trabajo. Se espera que haya indicado elementos para ampliar las discusiones sobre la demanda frente a los dilemas de la efectividad del proyecto profesional, que se realiza en los enfrentamientos y en las contraposiciones que se procesan en el cotidiano y que carecen reconocimiento y avance.

Palabras clave: Trabajo Social. Salud. Demanda. Social.

ABSTRACT

In this paper we seek to understand the format of the demand social worker at health services. The demand is used in the sense of the professionals requesting practices in a teamwork context. A research oriented in the historical-dialectical method of a qualitative nature has been conducted. The data have been collected through documents (legislation relevant to the services) and 37 interviews with professionals who have been working in 3 services at a hospital: Emergency room, Transplant room and Children's Intensive Care. The data have been analyzed with the help of thematic analysis. The document research indicated a controlled and differentiated incorporation of work specialization in the healthcare and a tendency to the establishment of strategies of decision control in the processes of working in the healthcare. They indicate a complicated combination in two dimensions: a) a combination between the promotion of horizontal management and the maintenance of subsidiary professional areas in the medical field; b) a combination between workers' autonomy and control practices focused on efficiency. The demands for action are limited to routines that express an "institutional framework" and tend to vary according to the conditions and forms of work organization and systematization from those who demand it, and by the social worker. The demand is configured in the work processes based on a clipping / reading and apprehension of the professional's object that is demanded, articulated to competences recognition and attributions in a service or team context. In the process of demand there is a fundamental contradiction between what is established as an object for social workers and what the professional category defines for itself in an emerging professional project. The matter is identified as "social", which is taken from a "data-indicator" (or a combination of them) at the user service. As a decision process, the demands converge in selection practices and assumptions established by professionals. The selection practices are articulated in three dimensions: users' belonging to vulnerable or risky social groups / segments; availability and versatility in relation to interpersonal skills; and better service productivity. The demand process reveals the strength of traditional references in the daily experience / routine of professionals. On the work experience, four questions about the social worker demands are evident: a) at the practice one knows and one learns about his work; b) there is an impact on the demand the work in groups with stable composition; c) the greater the time of teaching at service favors the recognition of action possibilities;

d) at the work experience the political-pedagogical function of social workers is fulfilled. Social workers incorporate demand analysis into the action process and identify limited references to their object. The current experience should be linked to strategies that seek to consolidate the creation of a new work organization culture. We hope to have indicated elements to broaden the discussions about the demand in the face of the professional project implementation dilemmas, which happens in the confrontations and in the oppositions that are carried out in daily life, lacking recognition and stride.

Keywords: Social Work. Healthcare. Demand. Social.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA1 204

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	37
QUADRO 2	160
QUADRO 3	161
QUADRO 4	164
QUADRO 5	169
QUADRO 6	170
QUADRO 7	195
QUADRO 8	263

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	25
2. O PROBLEMA DAS DEMANDAS AO SERVIÇO SOCIAL NA ATUALIDADE: DA MATÉRIA-OBJETO ÀS PRÁTICAS DE REQUERIMENTO.....	41
3. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO “SOCIAL” À CONFORMAÇÃO DAS DEMANDAS: A LÓGICA HISTÓRICA DA PAUTA TRADICIONAL.....	65
3.1 O “social” como questão e como setor.....	65
3.2 O “social” e a saúde: a assistência pública e a doença.....	82
4. ASPECTOS FUNDAMENTAIS DAS PRÁTICAS TRADICIONAIS EM SAÚDE.....	91
4.1 Clínica, Medicina Preventiva e Higiene.....	92
4.2 A emergência do Serviço Social pela óptica das instituições e práticas tradicionais em saúde.....	100
5. A LÓGICA HISTÓRICA DA PAUTA CONTRA-HEGEMÔNICA DO SERVIÇO SOCIAL: A REALIDADE SOCIOSSANITÁRIA BRASILEIRA E O SOCIAL COMO PROCESSO.....	115
5.1 Ditadura e assistência médico-previdenciária.....	118
5.2 A “intenção de ruptura” e o Serviço Social na saúde.....	128
5.3 Saúde e Serviço Social pós-rupturas.....	137
6. PERCURSO METODOLÓGICO.....	151
6.1 Direções da crítica de tradição histórico-dialética e perspectivas para metodologia da pesquisa.....	151
6.2 Direção procedimental de investigação: abordagem e abrangência.....	158
6.3 Direção procedimental de investigação: a coleta e a análise dos dados.....	165
6.4 Procedimentos ético-legais.....	174
7. O QUADRO INSTITUCIONAL-LEGAL: TENDÊNCIAS E TENSÕES PARA O TRABALHO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, TRANSPLANTES E SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.....	177
7.1 Aspectos históricos e contemporâneos da estruturação institucional-legal das áreas em estudo.....	181

7.2 Aspectos e questões transversais da base institucional-legal das áreas em estudo: redes e gestão da clínica, segurança e trabalho em saúde	190
7.3 Demandas aos profissionais no referencial institucional-legal das áreas em estudo	194
8. A BASE INSTITUCIONAL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: AS “ROTINAS” NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NAS DEMANDAS PROFISSIONAIS	205
8.1 Os parâmetros legais e a definição das práticas cotidianas: a relação dos profissionais com a base legal-institucional e outras referências	205
8.2 Rotinas, sujeitos, públicos e espaços do trabalho em equipe	211
8.3 O <i>feedback</i> e outros diálogos: conhecer para demandar	226
8.4 A demanda como variação da organização e das condições de trabalho	230
9. O “SOCIAL”: INDICADORES, PROCESSOS DE “EMERSÃO” E A ELABORAÇÃO DO CASO E DA INTERNAÇÃO SOCIAL	239
9.1 As expressões do “social” na conformação das demandas e indicadores para a atuação	239
9.2 O “social” nas práticas de histórico, anamnese, avaliações e outros inquéritos associados à “metodologia” do trabalho no hospital e à circulação de informações	244
9.3 O “social” pela a observação e práticas de “exames”	252
9.4 O caso social e a internação social	254
10. A DEMANDA COMO VARIAÇÃO DA MATÉRIA, COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E O EXERCÍCIO DAS ESPECIALIDADES EM EQUIPES	261
10.1 A matéria “social”	261
10.2 A relação matéria e atribuições profissionais	266
10.3 A relação matéria e competências profissionais: expectativa de resultados, uso de procedimentos e recursos	270
10.4 A demanda nas especialidades e práticas de filtros	274
10.5 A demanda pela experiência de trabalho em equipe	277
11. A PROCESSUALIDADE DA DEMANDA DE ASSISTENTES SOCIAIS A PARTIR DO SOCIAL	283
11.1 Tendências das políticas de serviços e a organização social do trabalho em saúde	284

11.1.1 A incorporação controlada da especialização do trabalho em saúde	287
11.1.2 A incorporação de estratégias de controle das decisões nos processos de trabalho em saúde	292
11.2 Processos de trabalho em saúde: em direção ao “social”	301
11.2.1 Cotidiano, autonomia e articulações profissionais	301
11.2.2 Condições de trabalho na relação com a demanda	304
11.2.3 O “social” processado no trabalho: em direção à demanda	307
11.3 A configuração da demanda e sua relação com práticas de seleção: faces do tradicional	312
12. SERVIÇO SOCIAL E A DEMANDA DE ATUAÇÃO EM FACE DO PROJETO PROFISSIONAL EMERGENTE: CONSIDERAÇÕES FINAIS.	321
REFERÊNCIAS	333
APÊNDICE A	359
<i>CORPUS</i> DOCUMENTAL – PESQUISA DOCUMENTAL	359
APÊNDICE B	364
PERFIL DOS ENTREVISTADOS	364
APÊNDICE C	374
ROTEIRO DE ENTREVISTA – ASSISTENTES SOCIAIS	374
APÊNDICE D	377
ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DAS EQUIPES	377
APÊNDICE E	380
QUADROS MATRICIAIS – ANÁLISE DE CONTEÚDO	380
APÊNDICE F	402
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	402
ANEXO 1	406
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	406

1. INTRODUÇÃO

A presente tese resulta de um processo de pesquisa que perquiriu o processo de demanda de atuação dos assistentes sociais por profissionais de saúde no âmbito de serviços de um hospital de ensino no SUS. Identificando a configuração dessa demanda, trilhou-se o presente trabalho a partir do debate histórico e também contemporâneo do Serviço Social na saúde. A formulação desse objeto, em acordo com alguns objetivos e uma proposta metodológica, constitui-se com base em três elementos que nortearam escolhas, leituras, esforços e perspectivas. Esses norteadores que se expressaram ao longo do curso de doutoramento no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) inscrevem-se nesse projeto, dando tom aos seus lineamentos e estruturando alguns dos seus requisitos científicos.

A opção pelo tema sinaliza para um primeiro norteador, configurado pelo compromisso de um exercício intelectual em torno de um assunto que apresentasse relevância, fôlego e alcance teórico coerentes com as notórias contribuições existentes no campo do conhecimento em Serviço Social. Ademais, nesse compromisso, cabe não reproduzir algum “policiamento ideológico” que, em geral, tolhe linhas de abastecimento para o objeto de pesquisa. Isso também foi necessário para realizar um debate acerca do “social” – aqui caminhando para definir-se como palavra-chave daquilo que se venha atribuir como matéria/objeto dos assistentes sociais – e da demanda, termo empregado tanto para tratar da matéria/objeto de intervenção do assistente social assim como para as práticas de requisição de atuação do assistente social nos espaços de atuação.

Diante de temas centrais para o debate, a demanda de atuação profissional e como se define a partir do “social”, no processo de revisão bibliográfica¹, foi imprescindível retomar elaborações que se alinham à teoria social de tradição histórico-dialética. A preocupação, como sugere Minayo (2008, p. 183), foi de elaborar um marco teórico-conceitual “capaz de projetar luz e permitir melhor ordenação e compreensão da realidade empírica”.

Martinelli (1999, p. 23) propõe aos assistentes sociais, no campo da pesquisa, que se se quiser “produzir práticas sociais que tenham a

¹ Quase a totalidade do material consultado, no conjunto do processo de objetivação da pesquisa, foi submetida a resumo ou fichamento.

dimensão do coletivo, temos que dialogar com saberes múltiplos, temos que pesquisar e pesquisar com qualidade”. Portanto, optou-se por organizar a revisão como um debate, ainda que delimitado, acerca da demanda em articulação a uma sistematização, acercadas fundamentações do Serviço Social no “social” e na saúde.

O segundo elemento norteador do estudo, que torna imprescindível a proposição de um debate, é designar esta investigação como uma pesquisa do Serviço Social sobre práticas na área da saúde. A pesquisa foi desenvolvida operacionalmente, de modo central, com profissionais de serviços de saúde, o que remete a questões postas em um universo dinâmico, cheio de histórias e de inter-relações mediadas por organizações, lógicas de prestação de serviços e de exercício de cidadania. As pesquisas em cenários como os serviços de saúde envolvem compreendê-los como campo de interações, de influência das estruturas cristalizadas, que orientam e são orientadas pela ação dos sujeitos em suas práticas cotidianas – todas essas são questões que se expressaram no desenvolvimento da pesquisa nas suas diferentes fases (DESLANDES & GOMES, 2004; MINAYO, 2008). Ademais, a pesquisa foi realizada em uma instituição de saúde que também é espaço de ensino, de modo que se pode indicar que os resultados que alcançamos envolvem questões que perpassam a formação, concepções norteadoras e práticas difundidas.

Por último, o terceiro norteador, nosso reconhecimento da importância de elaborar alguma contribuição teórica a partir da condução de um estudo qualitativo, com material empírico que venha do “chão da fábrica”, que confronte problemas reais, aqueles que, cientificamente problematizados, nos colocam responsáveis e portadores de uma contribuição (ainda que temporária) com o conjunto dos profissionais com os quais esses problemas partilhamos efetivamente. Buscou-se, assim, trilhar, sobre o materialismo histórico-dialético, uma proposta metodológica e essa racionalidade que se quer ativa. Reflexão crítica, o desenvolvimento das conexões entre os fenômenos, o trânsito entre o individual e o geral e vice-versa, procurando compreender sua unidade sem perder de vista a análise da totalidade (RICHARDSON, 1999).

Essa correspondência e identificação com um estudo sobre a realidade do trabalho dos assistentes sociais em saúde se localizam na trajetória acadêmica e profissional desde o curso de graduação, em que houve a participação em projeto de iniciação científica, cujo foco era a construção de referências técnico-operativas para as ações dos assistentes sociais na esfera familiar (MIOTO, 2002). Era presente a preocupação de que a categoria profissional devesse consolidar seu projeto ético-político,

o que requer uma prática profissional crítica e qualificada em áreas de intervenção profissional consolidadas historicamente, como a das famílias. Pôde-se verificar que um conjunto significativo de ações se vinculava e orientava a partir de referenciais que escapavam ao contexto profissional e que havia necessidade de elaboração de referências próprias (ALVES, 2004).

Posteriormente, em 2006, a atuação como assistente social de um hospital universitário esteve associada à conclusão do curso de Especialização em Gestão Hospitalar, cujo trabalho final manifestava interesse pelas dificuldades encontradas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionadas ao acesso aos serviços (ALVES, 2007). A posterior inserção no Mestrado em Serviço Social culminou com um estudo qualitativo sobre o acesso à utilização dos serviços de saúde do SUS, particularmente de um serviço de alta complexidade (ALVES, 2010). O ponto de partida foi o reconhecimento de que o direito à saúde no Brasil, garantido mediante acesso universal e igualitário, não encontra correspondência com as reais condições de acesso da população, tornando-se mais difícil de acordo com a proporção de complexidade dos serviços. O estudo identificou e analisou as trajetórias e estratégias desenvolvidas e os recursos utilizados por usuários e familiares para acessar os serviços.

Na dissertação apresentada, ainda se pode falar em certa autonomia da relação que os serviços mantêm com a população atendida e, portanto, a possibilidade de incompatibilidades entre o plano legal e a prestação de serviços aos usuários. Para o Serviço Social, essa é uma questão que vem ao encontro da pauta de discussões que a profissão admite para identificar os nós críticos da implementação da política de saúde, em direção aos ideais da Reforma Sanitária e ao Projeto Ético-Político Profissional.

O projeto de candidatura à vaga ao curso de Doutorado já expressava o interesse em investigar o direito à saúde e sua expressão cotidiana e como os profissionais da saúde operam no acesso e uso dos serviços. O curso das disciplinas ofertadas – juntamente com a orientação, com o desenvolvimento de atividades complementares e, certamente, com o aprimoramento do olhar às diferentes situações que a atuação profissional em uma instituição de saúde oferece – nos levou a direcionar a pesquisa para o processo de demanda dos assistentes sociais, que está pautado sobre um reconhecimento sobre o “social”.

Buscou-se uma articulação entre “demanda” e o “social” em saúde. Entendendo que é coletivamente que ocorre a definição da matéria-objeto do assistente social, em processo conflituoso, sob distintas condições e

possibilidades, objetivou-se olhar para a demanda como um requerimento abastecido por referências, de modo que se pergunta: como se configura e se organiza a demanda de atuação do assistente social em equipes de saúde de serviços hospitalares?

O debate proposto remete à tradição histórico-dialética do Serviço Social, compreendido, no processo de produção e reprodução das relações sociais, como uma especialização do trabalho coletivo no quadro do desenvolvimento da formação social capitalista. Nessa constituição, as novas condições de conformação da “questão social”² são reconhecidas

² Sob a ótica da tradição marxista presente no Serviço Social, pode-se abordar a “questão social” sob procedência no desenvolvimento da sociedade capitalista em seus diferentes estágios. É central, no horizonte das análises, o processo do trabalho assalariado e sua organização sob a lógica da exploração. A política social aparece como principal forma de enfrentamento. Uma proposta de discussão sobre a emergência da questão social pode tomar como referências: Engels (2008) – para caracterizar a situação dos trabalhadores na Inglaterra do século XIX, momento em que a expressão “social” ganha força na relação com as distintas e persistentes repercussões do capitalismo na organização das formas de vida; Marx (1984), para apontar que a criação e reprodução do modelo social capitalista está ligada a uma forma de acumulação fixada na monopolização da riqueza por uma classe social cuja lógica baseia-se em uma relação de dominação, sob a qual se faz necessária a exploração de uma classe social para ascensão de outra. Na esteira dessa tradição, para Netto (2011a, p. 57), o antagonismo entre capital e trabalho se consolida de forma a iniciar a constituição de um projeto entre o proletariado, referenciado na Europa por uma prospecção socialista e uma prática sindical classista. É assim que, no ordenamento monopólico do capitalismo, há um redimensionamento histórico-social da questão social, que se torna “objeto de intervenção revolucionária por agentes que se auto-organizam preocupados com a consciência dos fins e a ciência dos meios”. Nesse momento de disputa, a burguesia também põe seu projeto em ação e opera o escamoteamento da dimensão política medular da questão social. A despolitização acontece através do tratamento da questão social como objeto de administração técnica e/ou campo de terapia comportamental obtida com novas modalidades de intervenção do Estado. O Estado amplia suas funções no monopolismo, de modo que a Política Social se torna empreendimento incontornável do projeto capitalista. Segundo Netto (2011a), as principais funções diretas assumidas pelo Estado são: atuar como empresário dos setores básicos não rentáveis (energia, matérias-primas), controle de empresas capitalistas em dificuldades (socializando perdas) e a entrega aos monopólios de complexos construídos com fundos públicos. Outra função estatal desse período é a preservação e o controle contínuos da força de trabalho (seja ocupada, seja excedente). O Estado é obrigado a assegurar a reprodução e a manutenção da

como a base de justificação da profissão que atuará sobre as condições de vida e de trabalho de segmentos da classe trabalhadora a partir das políticas sociais, entendidas como formas de enfrentamento da contradição entre capital e apropriação privada do trabalho (IAMAMOTO, 2012).

A formação social, para ser efetiva, deve ampliar-se, incluir e formar e ser formada a partir da totalidade da experiência vivida. O assistente social se estabelece no processo de expansão do projeto societário capitalista a partir da redefinição do papel dos intelectuais na sociedade. Esse processo de expansão pode ser compreendido sob a ótica do processo social hegemônico, ou seja, o “vívido sistema de significados y valores – fundamentales y constitutivos – que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse reciprocamente” (WILLIAMS, 2000, p. 131). Assim, para compreender as condições de expansão da sua classe dominante e seu projeto, é preciso também explicar a transformação do papel dos intelectuais nessas sociedades e seu rearranjo no campo de profissões, que apoiaram o amplo processo de transformações ocorridas na modernidade e a difusão cultural (no sentido de concepção de mundo e a difusão das suas ideias), implicando que:

Todo grupo social, ao nascer do terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria também, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que conferem homogeneidade e consciência da própria função não apenas no campo econômico, como também no social e político: o empresário capitalista gera junto consigo o técnico da indústria, o cientista da

força de trabalho e compelido (através dos sistemas de previdência e segurança social, principalmente) “a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para a ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a sua mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio” (NETTO, 2011a, p. 23). A generalização e a institucionalização de direitos e garantias cívicas e sociais vão promover o alargamento da base de sustentação e legitimação sociopolítica do Estado. Isso lhe permite organizar um “consenso” que assegura o seu desempenho. O capitalismo monopolista, pelas suas dinâmicas e contradições, cria condições para que o Estado, capturado ao buscar legitimação política através do jogo democrático, seja permeável a demandas das classes subalternas. Dessa forma, pode fazer incidir seus interesses e reivindicações imediatas (NETTO, 2011a).

economia política, o organizador de uma nova cultura, de um novo direito etc. (GRAMSCI, 1975, p. 1.513, *apud* SEMERARO 2006, p. 377)

No mundo moderno, deram-se as condições de aparecimento de um novo modo de intelectual e um “novo intelectualismo”. Os intelectuais, até então se distinguindo tradicionalmente como grupo social independente, tornam-se intimamente entrelaçados nas relações sociais, pertencentes a uma classe, a um grupo social. Embora concomitantemente tenha emergido um “intelectualismo” – cuja base foi a educação técnica, em que o intelectual é o especialista da ciência aplicada, sendo a ordem e a disciplina intelectual principais características –, é importante considerar que os novos intelectuais passam a portadores de conhecimentos específicos e também atuam como organizadores e persuasores permanentes, posto conseguirem inserção ativa na vida prática (LA PORTA, 2017; VOZA, 2017).

Os intelectuais desenvolvem funções segundo formas cada vez mais peculiares e historicamente determinadas nos processos de produção de hegemonia. Ainda em perspectiva gramsciana, a relação entre intelectuais e produção é mediada por dois tipos de organização: pela sociedade civil e pelo Estado. Compreender o papel dos intelectuais mediados por estas organizações implica compreender que os intelectuais não são apenas portadores da “verdade” ou da “crítica”. Em conexão com conceito gramsciano de ideologia³, cabe compreender o intelectual

³ A ideologia pode ser concebida como “falsa consciência” ou como lugar de “distorção” e que grupos que vivenciam suas relações com suas condições de existência através das categorias de uma ideologia distorcida não sejam capazes de reconhecê-la. Tal concepção faz com que as massas e mesmo os capitalistas pareçam ter um juízo fraco enquanto grupos “intelectuais” e apontem-se possuidores de “sabedoria superior ou armados de conceitos adequadamente formados”, capazes de desvelar a verdade. Nessa perspectiva, a geração de formas alternativas de consciência ocorreria “quando as escamas caem dos olhos do povo ou quando este acorda, como se desperto de um sonho e, de repente, deparando-se com a luz, vê, através da transparência das coisas, sua verdade essencial, seus processos estruturais ocultos” (HALL, 2013, p. 303). Contra a polarização de “verdadeiro” ou “falso”, pode-se apreender que não existe ilusão ou truque quando se fala em ideologia, muito menos falsa consciência de proletários ignorantes. Assim, ocorre que “as relações nas quais as pessoas existem são as ‘relações reais’, que as categorias e conceitos por elas utilizados as permitem apreender e articular em seu pensamento”. Em contraposição à polarização, cabe a proposição gramsciana de luta ideológica e de transformação

moderno tomando corpo e significado em uma particular função conectivo-organizativa: “o consenso não é um efeito que se acresce, mas está incorporado, em formas sempre diferentes e que se renovam, naquela função de fundo” (VOZA, 2017, p. 427).

Essa função conectivo-organizativa se coloca no processo de hegemonia, que estabelece como processo, e, por isso, sempre se renova. A hegemonia é um complexo efetivo de experiências, relações e atividades que têm limites e pressões específicas e mutáveis. Na prática, não é individual e nem passiva. Deve ser continuamente recriada, defendida e modificada. Ao mesmo tempo, é continuamente limitada, alterada, desafiada por pressões que não lhe são próprias. Portanto, ao conceito de hegemonia, podem-se agregar os de contra-hegemonia, que são elementos reais e persistentes da prática (WILLIAMS, 2000).

Em se tratando da hegemonia das relações sociais com base no capital, as mudanças no caráter social do trabalho, das comunicações e das tomadas de decisões foram amplas, assim como a área de penetração efetiva de ordem dominante dentro da totalidade do processo social e cultural. Um traço distintivo e comparativo de toda ordem social dominante é até onde ela se ancora dentro da escala total das práticas e experiências em seu intento de incorporação (apreensão de significados,

de consciência. “As ideologias não se tornam efetivas enquanto força material por emanarem das necessidades de classes sociais inteiramente formadas”. As ideias “*surgem* das condições materiais nas quais os grupos e classes sociais existem e *podem refleti-las*” – a relação é de tendência, não de expressão automática que se garante a partir da posição de classe do sujeito. Há tendência “entre a posição objetiva daquela classe e os limites e horizontes de pensamento aos quais ela poderia ser ‘espontaneamente’ atraída”, tal como observado por Marx. Não há garantias de “quais ideias serão utilizadas por quais classes”, por isso, a importância do conceito de “senso comum” de Gramsci, terreno ao qual atribuiu importância para a luta ideológica (HALL, 2013, p. 314; 319; 320, grifos do autor). “Senso comum” é a concepção de vida e a moral mais difusa. Enriquece-se de noções científicas e filosóficas. No terreno do “senso comum”, ocorre a “dominação ideológica” como processo (devir histórico, relações permanentes). É exercício e parte de uma luta pela hegemonia (HALL, 2013). Na ótica do desafio hegemônico, está em jogo a transformação da concepção do mundo dos subalternos, visando à criação de um novo senso comum. Contudo, o alerta é de que, se há indicação de superar o senso comum, “não se deve esquecer que ‘a concepção do mundo difusa em uma época histórica na massa popular’ não pode ser algo totalmente negativo”. Trata-se, portanto, de um senso comum renovado para forjar um novo bloco intelectual e moral que torne possível o progresso intelectual das massas (LIGUORI, 2017).

valores e práticas que fazem significativa uma formação social) (WILLIAMS, 2000).

O conceito de hegemonia gramsciano recupera o “processo social total” com distribuições específicas de poder e influência. Disso decorre a existência de desigualdades específicas nos meios para que os homens possam definir ou configurar suas vidas. Gramsci introduziu o reconhecimento do papel do domínio e da subordinação como processo ativo, como consciência prática, de modo que a hegemonia compreende

una saturación efectiva del proceso de la vida en su totalidad; no solamente de la actividad política y económica, no solamente de la actividad social manifiesta, sino de toda la esencia de las identidades y las relaciones vividas a una profundidad tal que las presiones y límites de lo que puede ser considerado en última instancia un sistema cultural, político y económico nos dan la impresión a la mayoría de nosotros de ser las presiones y límites de la simple experiencia y del sentido común. (WILLIAMS, 2000, p. 131)

A hegemonia se renova, se recria, é defendida e modificada, pois é desafiada por pressões. Essa perspectiva coloca em interconexão significados, valores, práticas que são incorporadas ativamente a uma ordem social efetiva. Gramsci distingue o intelectual pelo exercício de uma função em conexão com os grupos sociais mais importantes no conjunto geral das relações sociais em torno da organização da sociedade. Com o papel de oferecer homogeneidade e consciência da própria função à classe que representa, o intelectual “será aquele capaz de articular a sua especialidade profissional ao desenvolvimento de uma ação política e cultural de natureza ‘hegemônica’” (BEIRED, 1998, p. 128).

Os intelectuais se colocam como “categoria orgânica” e sua organicidade é explicada pela conexão “com as diversas articulações em que se desenvolvem suas funções conectivas e organizativas”, que, nas democracias modernas e no seu sistema social democrático-burocrático, são “intimamente constitutivas da trama dos saberes, das especializações, das competências, das instituições, mas sempre em relação com as formas peculiares do Estado integral e da produção da hegemonia”. Emerge a distinção entre os intelectuais “funcionais” à dominação e os intelectuais “orgânicos” que lutam para superá-la. “Em outras palavras, entre os intelectuais pragmáticos que se colocam à disposição de uma sociedade

gerenciada para poucos e os que se envolvem com as organizações populares para construir uma democracia realmente ‘orgânica’ para todo o corpo social, não apenas para uma parte dele” (SEMERARO, 2006, p. 385, grifos do autor).

A formação de quadros intelectuais, corroborada pelo desenvolvimento da formação científica nas sociedades modernas, ocorre em paralelo ao fortalecimento do papel do Estado e a ampliação da sociedade civil. O movimento da burguesia na sua composição hegemônica sofisticou a capacidade de estabelecer e preservar a liderança intelectual e moral num movimento em que busca dirigir ao invés de obrigar. O Estado, de simples instrumento de coerção, pode ser interpretado “como sistema de instrumentos de produção de liderança intelectual e de consenso”⁴. O Estado “ampliado”, atravessado pela sociedade civil, e o aumento da socialização da política tornam cada vez mais necessário o governo com o consenso ativo dos governados, com aliança entre sujeitos coletivos (sindicatos, partidos, movimentos sociais...), com regras e valores compartilhados.

O bloco interobjetivo de relações de forças que se estabelecem redimensiona os limites da sociedade política (Estado, no sentido restrito) e dá visibilidade às novas instituições e agentes “responsáveis pela elaboração e difusão de valores simbólicos, de ideologias e normas de comportamento (sistema escolar, partidos políticos, organizações profissionais, sindicatos, meios de comunicação, instituições de caráter científico, artístico e cultura) – o que Gramsci define, enfim, como sociedade civil” (GALLO & NASCIMENTO, 1989, p. 100).

Pode-se afirmar que as instituições serão responsáveis por permeabilizar grande parte das atividades humanas na sociedade, em cada bloco histórico. Elas são transversais a todos os níveis do “edifício social”

⁴ A nova morfologia da hegemonia burguesa com o capital monopolista representou um desafio ao pensamento revolucionário da época. Em Gramsci, conforme Simionatto (1999, p. 64 e 69), é possível alcançar um sistema conceitual que apreenda esta nova realidade, incluindo visualizar a ampliação do fenômeno estatal. No que se refere à sociedade capitalista moderna, “o Estado se ampliou e os problemas relativos ao poder se complexificaram na trama da sociedade, fazendo emergir uma nova esfera social que é a sociedade civil”. Assim, resumidamente, o Estado é a expressão da sociedade política (aparelhos burocráticos e repressivos) e da sociedade civil (aparelhos privados de hegemonia). “O Estado pode assegurar a ordem pela força, mas pode também recorrer aos aparelhos da sociedade civil para obter o consenso em torno de seus atos”.

(econômico, político, ideológico), integrando o “civil” e o “político” de modo a dar vazão ao poder (o hegemônico) e ao seu reverso (o contra-hegemônico), o que torna as instituições também lugar privilegiado da luta política (LUZ, 1986).

Uma análise histórica e dialética das instituições pode vê-las mais facilmente no seu aspecto de movimento, de luta, na medida mesmo em que as reconhece como parte de uma estratégia de hegemonia, portanto, conjunturalmente mutável. Mutável face à correlação de forças que se alteram historicamente e às respostas do setor socialmente subordinado. (LUZ, 1986, p. 27)

As instituições, como conjunto articulado de “saberes” e práticas (ideologia e formas de intervenção na vida dos diferentes grupos e classes sociais), formam redes que viabilizam a hegemonia ao se encarregar da elaboração, reprodução e transmissão dos valores, interesses que se estabelecem para basear o consenso. Espaços de ligação vital de saberes e práticas com efeitos fundamentalmente políticos, elas contemplam estratégias de luta (nem sempre aberta) entre grupos e classes sociais constitutivos dessas instituições e inseridos em um bloco histórico⁵.

As bases históricas da demanda profissional do Serviço Social são dadas nesse movimento de ampliação do Estado. A inteligibilidade e o sentido dessa prática profissional⁶ encontram-se na história da sociedade da qual é parte e expressão. Dessa forma, a constituição e a institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade dependeram “de uma progressiva ação do Estado na regulação da vida social, quando passa a administrar e gerir o conflito de classe, o que pressupõe, na sociedade brasileira, a relação capital/trabalho (IAMAMOTO, 2001, p. 23).

Em um sentido amplo, o exercício profissional do assistente social é uma resposta a demandas sociais. Desse modo, o Serviço Social localiza, na discussão do papel dos intelectuais, uma perspectiva acerca do desempenho profissional no âmbito do trabalho coletivo na sociedade.

⁵ “Bloco histórico” é um conceito gramsciano que tem como característica fundamental indicar a indissociabilidade entre as forças materiais e a ideologia.

⁶ Sob essa lógica, a prática profissional se coloca entre “atividade criadora por excelência, através da qual o homem se objetiva exteriorizando as suas forças genéricas na relação com outros homens” (IAMAMOTO, 1994, p. 177).

Quer-se destacar sua utilidade e diferencialidade diante de outras especializações do trabalho que passa pela centralidade da defesa dos direitos sociais. Trata-se da legitimação social da atividade do assistente social numa perspectiva consolidada no Brasil em seu projeto profissional firmado na década de 1990, mas gestado na década de 1960, com o Movimento de Reconceituação⁷. Assim, como profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho como uma especialização do trabalho coletivo, seu exercício profissional é mediado pelo mercado de trabalho e, assim, submetido aos dilemas e constrangimentos comuns a todos os trabalhadores assalariados (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991; ABREU, 2002; YAZBEK, 2014; SIMIONATTO, 1999; RAICHELIS, 2011).

É a política social assumida pelo Estado como resposta ao conflito de classes que cria as bases sociais que sustentam um mercado de trabalho para o assistente social. Seu objeto de intervenção compreenderá determinado aspecto de uma realidade total sobre a qual irá formular um conjunto de proposições para intervenção. Seu objeto “se constrói historicamente no real, na tensão permanente que existe entre o sujeito da ação que transforma (e, ao mesmo tempo se transforma) e o segmento da realidade a ser transformado”, em que se localizam as expressões da questão social compreendida sobre o enfoque desenvolvido na nota 2 (IAMAMOTO, 2001; NETTO, 2011a; BAPTISTA, 1995, p. 52, *apud* FALEIROS, 2014).

O processo de trabalho dos assistentes sociais não ocorre isoladamente. Está contemplado em uma rede de processos que se alimentam reciprocamente. “Nessa rede, ocorre o encadeamento de distintos processos de trabalho que se diferenciam pela sua peculiar conexão dos elementos constituintes (objeto, instrumentos, atividades) e se integram por meio das relações entre as necessidades que precisam internalizar para se realizar” (PEDUZZI, 1998, p. 23).

O trabalho em saúde pode ser compreendido a partir da divisão técnica do trabalho. Os produtos gerados nesse setor são majoritariamente alcançados como resultado da composição de vários trabalhos

⁷ Vinculado a um projeto societário em favor da classe trabalhadora, localizam-se, no Código de Ética Profissional, alguns dos pontos fulcrais do Projeto Ético-Político Profissional: a liberdade como valor ético central; a emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do autoritarismo; a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras; entre outros (CFESS, 1993).

especializados. A especificidade do trabalho em saúde reside nas características nucleares dos objetos e instrumentos dos processos de trabalho que se particularizam em torno das necessidades de saúde sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas pelos sujeitos/profissionais (PEDUZZI, 1998).

No debate sobre o trabalho dos assistentes sociais em saúde, o aspecto da demanda tem ganhado centralidade. Acerca desse conceito, desenvolveram-se importantes referências para buscar compreender questões relativas à efetivação do projeto profissional, localizar limites, identificar possibilidades. Neste trabalho, foi considerado abordar o processo de demanda de atuação dos assistentes sociais em serviços de saúde no contexto de equipes multiprofissionais (objeto de pesquisa). Essa tese atenta ao estudo da demanda a partir da interação entre profissionais no reconhecimento dos seus objetos profissionais em saúde. A hipótese é de que a demanda de atuação para os assistentes sociais é feita a partir do reconhecimento de uma matéria-objeto, que se constitui contraditoriamente. Uma contradição fundamental entre aquilo que os profissionais estabelecem como matéria-objeto para os assistentes sociais na divisão social e técnica do trabalho e o que a categoria profissional define para si em um projeto profissional emergente.

Desse modo, algumas perguntas orientam a definição do objetivo geral e dos objetivos específicos, como segue no quadro 1.

No primeiro capítulo, desenvolve-se uma problematização acerca da demanda como tema no Serviço Social e a ambiguidade presente no seu uso. Destacamos como é um conceito que pode sugerir a matéria-objeto ou pode se referir a práticas de requerimento, embora indique e/ou constitua um mesmo processo. É em torno das demandas que hoje se pauta uma significativa problematização a respeito da efetivação do projeto profissional do Serviço Social.

No segundo capítulo, é elaborada uma discussão acerca do “social”, que pode se referir à “questão social” ou como setor que agregará práticas que controlem suas expressões. Também como esse setor social avança na prestação da assistência pública à saúde. A abordagem empreendida buscou destacar coordenadas constituídas nas formas tradicionais de atenção à saúde da população e sua articulação com o processo hegemônico burguês. Essa abordagem se aprofundará no terceiro capítulo, que avança sobre a centralidade da medicina e da higiene na constituição das práticas e também sobre a emergência do Serviço Social pela ótica das instituições e práticas tradicionais em saúde.

Quadro 1 – Objetivo geral e objetivos específicos

Pergunta Principal	Objetivo Geral
Como se configura e se organiza a demanda de atuação do assistente social em equipes de saúde de serviços hospitalares?	Compreender a atual configuração da demanda de atuação de assistentes sociais por profissionais no contexto de práticas de equipes de saúde em um hospital.
Perguntas Acessórias	Objetivos Específicos
Quais as solicitações dos outros profissionais para os assistentes sociais e como eles demandam os assistentes sociais?	Identificar e sistematizar as práticas, estratégias e recursos dos profissionais das equipes de saúde para demandar a atuação dos assistentes sociais, bem como o conteúdo das demandas.
Quais elementos fundamentais para variações das formas de demanda de atuação dos assistentes sociais? Variam de acordo com as características dos serviços, com a composição das equipes? Variam de acordo com a “experiência” dos profissionais e do assistente social – características relativas à área de formação profissional e experiências (tempo de formação, tempo de atuação)? Variam de acordo com a formação complementar, atuação em outras equipes, serviços? Particularizam-se em torno das características sociofamiliares da população atendida (moradores de rua, idosos, abandonados)? Variam em torno de uma expectativa de resposta profissional? Estão atreladas às condições institucionais?	Identificar questões que se expressam na origem e conformação da demanda de atuação de assistentes sociais.
Qual a natureza dessas questões? Teóricas, éticas, empíricas, político-institucionais? Há combinações entre elas?	Debater as principais referências que se expressam nas demandas dos profissionais das equipes de saúde em que atuam assistentes sociais.
Como os assistentes sociais se relacionam ou respondem a essas questões?	Discutir a articulação dessas questões sobre as definições das ações profissionais dos assistentes sociais.

Em um quarto momento, é abordada a formação das bases contra-hegemônicas do Serviço Social a partir da década de 1960, sua conexão com a organização sócio-histórica brasileira e com as políticas e os movimentos relacionados à saúde. Busca-se uma articulação entre um momento específico da história do Serviço Social e o movimento socio-sanitário no Brasil. Nessa articulação, ressaltam-se aspectos de convergência nos movimentos que conformam a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) – instituindo importantes pontos da pauta do movimento da Reforma Sanitária – e um projeto de ruptura do Serviço Social, com o conservadorismo com base na apreensão da tradição marxista em que o conceito-chave na definição do objeto de trabalho do assistente social, que não “abandona” o “social” e ganha novos lineamentos com “as expressões da questão social”.

Ao longo da revisão que compõe os primeiros capítulos, confirma-se que saúde é campo privilegiado para pesquisa considerando as particularidades do exercício profissional, mas é também um campo que, efetivamente, ensejou a profissionalização do Serviço Social em torno de uma posição singular do “social” no contexto das intervenções com a nascente população urbana. A escolha das referências se pautou nas contribuições que autores e suas perspectivas firmam acerca do processo de trabalho cotidiano, especialmente em torno do conceito de “demanda” e de “social”. Nessa direção, a revisão foi elaboradora com produções de autores que podem ser considerados de diferentes matrizes teóricas. Contudo, deu-se maior relevância em recuperar referências de maior estofo intelectual aos temas e problemas abarcados ao longo da tese.

O percurso metodológico da pesquisa está descrito no item seis. Nele se encontra uma breve exposição acerca da tradição histórico-dialético no seu propósito de instigar um diálogo entre a conceitualização e a confrontação empírica e o desenvolvimento teórico e crítico. Por isso, optou-se pela pesquisa empírica de natureza qualitativa. A familiaridade com o espaço da pesquisa foi considerada para a realização da pesquisa. O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) foi definido por essa proximidade e também por dispor de serviços em que se encontram diferentes condicionantes para ação profissional e diferentes elementos para buscar as variações das formas nas demandas de atuação dos assistentes sociais.

A entrevista e a pesquisa documental foram os procedimentos definidos para a coleta de dados. Com a análise documental, buscou-se levantar elementos ou expressões de requisições e previsões institucionais que se efetivam no cotidiano das práticas profissionais dos serviços

selecionados acerca da demanda de atuação. A pesquisa documental foi feita com base nas políticas que orientam o funcionamento dos serviços definidos para o estudo: Urgência e Emergência, Transplante e Internação Pediátrica. Os resultados da pesquisa documental foram expostos no item sete, em que se descrevem os elementos de pressão institucional nos processos de constituição das demandas.

Foram realizadas 36 entrevistas com profissionais de diferentes áreas de formação que compõem as equipes dos referidos serviços. Nas entrevistas, também contemplou-se questões de cunho institucional, como nos capítulos oito, nove e dez. Foi preciso elaborar uma discussão sobre como os profissionais constituem uma relação com os aspectos legais nas suas práticas. As entrevistas recuperaram o cotidiano e as particularidades da rotina dos serviços revelaram, por exemplo, a importância do diálogo entre os membros das equipes, pois demandar exige com que os profissionais conheçam as práticas uns dos outros. Outro elemento destacado é a importância das condições de trabalho na variação ou mesmo na possibilidade da demanda. Nesse processo, o “social” geralmente desponta por um indicador que se apresenta ao profissional demandante no seu processo de trabalho a partir dos instrumentos ou tecnologias que emprega. Por isso, no capítulo nove, optou-se por evidenciar essa relação principalmente a partir das práticas de histórico feitas pelos profissionais junto aos usuários. Destaque para a questão da constituição do caso social e da internação social.

No último momento dos resultados, trabalha-se com a matéria “social” identificada pelos profissionais para desenvolverem suas demandas aos assistentes sociais. Nesse processo, a relação com as atribuições e competências profissionais. Também se abordou como a demanda se organiza para atender à lógica da divisão do trabalho em especialidades e como são estabelecidas algumas práticas de seleção para demandar. O “social” aparecerá, na mesma medida que nas práticas de demanda, como referência para atuação, porém sob condições limitadas pela apreensão elaborada pelos sujeitos/profissionais em seus processos de atuação.

A técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011) apoiou o momento da análise. Optou-se por definir um quadro de matrizes que subsidiou a síntese analítica elaborada nos capítulos onze e doze. Nessa síntese, trabalhou-se com um enfoque circular (MERCADO-MARTINEZ, 2004) que permitiu aprofundamento de aspectos em diferentes momentos.

Na ocasião de síntese, fica evidente que não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independentemente das instituições a que se vincula, das formas organizadas de trabalho, da construção coletiva e cotidiana de encontros e avanços. Na atuação em saúde, isso ganha contornos mais fortes, pois, como abordado por Escorel (1989), a saúde tem particular participação no processo hegemônico das sociedades regidas pela lógica do capital, considerando seu potencial de revolução ou de consenso. Também porque depende de uma rede de processos que se alimentam reciprocamente.

Espera-se que as reflexões presentes nesse trabalho se liguem às inúmeras possibilidades de rupturas, de resistência e encontros que acontecem no cotidiano em que os assistentes sociais registram sua luta na defesa dos direitos e das políticas sociais.

2. O PROBLEMA DAS DEMANDAS AO SERVIÇO SOCIAL NA ATUALIDADE: DA MATÉRIA-OBJETO ÀS PRÁTICAS DE REQUERIMENTO

A ruptura que se instaura na profissão a partir da década de 1970 promove uma aproximação efetiva à tradição marxista, que se estabelece no centro da agenda intelectual do Serviço Social latino-americano e altera radicalmente a relação que o Serviço Social brasileiro desenvolverá com seu objeto de atuação. O Serviço Social, ao tensionar seu estatuto a partir dessa interlocução, imprimirá uma nova forma de conceber a profissão: a práxis, traduzida nesse momento numa forma de conceber e intervir no mundo, bem como na forma de perceber o homem nesse mundo (NETTO, 1996, 2011a).

A trajetória crítico-dialética de Netto (2011a) para elucidar a gênese da profissão e seu estatuto social identificou a importância de perquirir as demandas que lhes são socialmente colocadas pelo movimento das classes sociais e suas projeções em torno de uma institucionalidade sociopolítica própria da sociedade burguesa consolidada. No conjunto dessas transformações no campo profissional, Netto (1996) avaliou que ainda se constitui um campo imbricado entre demandas “tradicionais” e “novas”, tornando o universo de usuários mais heterogêneo e complexo a exigir dos assistentes sociais mais criatividade e eficácia. Impasses também ganham repercussão, entre eles, os relacionados à recepção na profissão de novas demandas profissionais:

As novas demandas (potenciais e/ou reais, postas seja pelas transformações societárias, seja pelas alterações político-institucionais) são enfrentadas pelos profissionais em condições frequentemente desfavoráveis: inseguros pelas fragilidades da sua formação [...], desmotivados pelas baixas remunerações, pressionados pela concorrência de outros profissionais [...], condicionados ainda por um lastro conservador em relação aos seus papéis e atribuições [...]. (NETTO, 1996, p. 111)

Para Netto (2011a, p. 89), as demandas são componentes intrínsecos à definição de um estatuto profissional, que é explicado a partir de um duplo dinamismo: além das demandas que são socialmente colocadas à profissão, contempla as reservas próprias de forças (teóricas

e prático-sociais), “aptas ou não para responder às requisições extrínsecas – e este é, enfim, o campo em que incide o seu sistema de saber”.

Abordar as demandas como objeto de pesquisa no campo do materialismo histórico é pensar na sua existência objetiva, o que requer submetê-las a um movimento de conhecimento do real que pressupõe o caráter contraditório de desenvolvimentos particulares. Segundo Netto (1996, p. 115, grifos do autor), as demandas no âmbito do Serviço Social são possibilidades objetivas que podem ser revertidas em realidade de acordo com a capacidade de respostas da profissão posta ao quadro societário. As respostas profissionais, por sua vez, dependem da compatibilidade (maior ou menor) com a “hegemonia política que vier a afirmar-se e/ou da sua funcionalidade em relação às eventuais contra-hegemonias que puderem se desenvolver”.

Netto (1996, 2011a) compreende que as demandas estão majoritariamente atreladas à dinâmica das políticas sociais, cujo campo resulta de um complicado jogo em que protagonistas e demandas estão atravessados por contradições, confrontos e conflitos, considerando particularmente as características da sociedade brasileira e sua modalidade de inserção (periférica e heteronômica) no sistema capitalista, que tende a não contrair a demanda objetiva de uma profissão como o Serviço Social.

A dinâmica da constituição de um campo de políticas sociais coloca a forma de intervenção estatal de modo a fragmentar e parcializar a *questão social* (NETTO, 2011a, p. 32, grifos do autor). Por isso não se trata de política, mas “políticas sociais”, denotando o recorte sob a óptica de problemáticas particulares. As demandas repercutem a profissão nesse formato: “o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física etc.”. O tratamento das demandas nessa perspectiva deve-se à incorporação do substrato individualista da tradição liberal. As refrações da questão social tornam-se alvo, “donde a *categorização* dos *problemas sociais* e dos seus vulnerabilizados, não só com a decorrente priorização das ações (com sua aparência quase sempre fundada como opção técnica), mas, sobretudo, com a atomização das demandas e a competição entre as categorias demandantes”. A expansão das políticas sociais é contraditoriamente determinada pelas transformações engendradas pelo capitalismo, assim como têm estreita relação com a dinâmica das lutas sociais que se expressaram nos processos de ampliação dos direitos de cidadania (PAIVA, 2003).

Por sua vez, Iamamoto e Carvalho (1991, p. 89) caracterizam o assistente social como “um técnico cuja atuação é geralmente mediatizada pela prestação de serviços sociais em instituições que implementam políticas sociais específicas”. Importantes considerações sobre o trabalho do assistente social e as condições em que se realiza nas últimas décadas foram elaboradas por Iamamoto (2001, p. 53-64, grifos da autora). Para ela,

O assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um *trabalho combinado* ou de um *trabalhador coletivo* que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras.

Mais atualmente, a autora continua a alertar que as análises elaboradas precisam sair do campo “da *profissão*” para o seu “efetivo *exercício*”, a fim de elucidar o significado social do trabalho do assistente social. Iamamoto (2012a, p. 215, grifos da autora) sugere que a condição de trabalhador assalariado é fundamental para qualquer análise com essa preocupação.

Ainda que a natureza qualitativa dessa especialização do trabalho se preserve nas várias inserções ocupacionais, o *significado social de seu processamento não é idêntico nas diferenciadas condições em que se realiza esse trabalho porquanto envolvido em relações sociais distintas*. Os empregadores determinam as necessidades sociais que o trabalho do assistente social deve responder; delimitam a matéria sobre a qual incide esse trabalho; interferem nas condições em que se operam os atendimentos assim como os seus efeitos na reprodução das relações sociais. Eles impõem, ainda, exigências trabalhistas e ocupacionais aos seus empregados especializados e mediam as relações como trabalho coletivo por eles articulados.

Para Yamamoto (2012a, p. 219), não se podem negligenciar as relações sociais por meio das quais se dá a realização da atividade profissional. Ela identifica elementos sobre os quais se podem pensar as condições institucionais de trabalho, além de sugerir que as demandas profissionais têm a possibilidade de serem reelaboradas na óptica dos empregadores, que promovem “um conjunto de condições que informam o processamento da ação e condicionam a possibilidade de realização dos resultados projetados, estabelecendo as condições sociais em que ocorre a materialização do projeto profissional em espaços ocupacionais específicos”.

Cabe destacar que Vasconcelos (2002), em ampla pesquisa na rede de saúde do município do Rio de Janeiro, situa, na relação dos assistentes sociais com a demanda, a lógica de uma fratura entre a sua prática profissional e as possibilidades da prática postas na realidade objeto da ação profissional. Sua investigação se propõe a abarcar o movimento, tendências, possibilidades e limites da prática, assim como a identificação da viabilidade do projeto profissional em mediar o trabalho dos assistentes sociais.

Dentro do projeto ético-político hegemônico no Serviço Social (na formação e no debate acadêmico, na regulamentação profissional e no código de ética), um dos grandes conflitos enfrentados pelos assistentes sociais é trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas – a dor, o sofrimento, a falta de tudo, a iminência da morte, da perda do outro, enfim, a falta de condições de trabalho, as condições de vida e o estilo – sem perder a perspectiva de médio e longo prazo. Ou seja, enfrentar os problemas cotidianos, sem perder de vista que, nesta realidade social, ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada na exploração do homem pelo homem. Sem consciência e instrumental teórico e técnicos necessários para apreender a lógica da organização social capitalista, não se trabalha na direção dos interesses e necessidades históricos da classe trabalhadora! (VASCONCELOS, 2002, p. 21)

Para Vasconcelos (2002, p. 30), as possibilidades se alinham com o projeto profissional à medida que são “apreendidas a partir de uma leitura dessa realidade, fruto de uma conexão sistemática – ainda não existente – entre o trabalho profissional e o debate hegemônico na categoria”. Afirma que a unidade dialética entre teoria e prática pode ser obtida a partir das referências teórico-metodológicas com base na qualidade das conexões que os profissionais (assistentes sociais, pesquisadores, docentes e assessores/consultores) estabelecem “com a realidade objeto da ação profissional, o que passa por uma relação consciente entre pensamento e ação, determinada pela garantia da associação academia/meio profissional, a partir de um vínculo sistemático, projetado, permanente” (VASCONCELOS, 2002, p. 28).

A autora ainda afirma que há uma centralidade na relação que o assistente social estabelece com as demandas. Essa relação tem nexos cruciais com as dificuldades de expansão das possibilidades profissionais em direção aos interesses públicos, entendendo que os assistentes sociais são solicitados pelos demais profissionais de saúde para atender demandas que facilitem o andamento e a solução de suas ações, o que resulta na absorção e ocultação dos conflitos institucionais e/ou das demandas que perturbam o funcionamento das unidades de saúde/instituição e o desenvolvimento das ações dos demais profissionais.

Vasconcelos (2002, p. 34) avalia que os assistentes sociais têm uma posição passiva diante das demandas postas no cotidiano, o que resulta, reitera a autora, não apenas da “falta de condições para uma leitura crítica da realidade”, donde se extrai possibilidades de ação, mas também da “ausência ou insegurança dos princípios ético-políticos, da falta de exercício político para negociar e eleger as estratégias e alianças necessárias que viabilizem ações e espaços democráticos e solidários”.

A dificuldade do “tratamento” dos assistentes sociais às demandas postas ao Serviço Social tem peso fulcral na análise de Vasconcelos (2002, p. 34). Para a autora, esse quadro repercute no ensino, na pesquisa, na prática e no mercado profissional, bem como na organização da categoria profissional: no ensino, ao reproduzir a dicotomia teoria-prática, com afastamento da realidade trabalhada pelos assistentes sociais; na pesquisa, por se priorizar temas generalizantes na academia; na prática profissional, ao se reproduzir e legitimar práticas tradicionais e conservadoras, desarticuladas dos interesses e necessidades dos usuários; no mercado de trabalho, por reafirmar espaços e demandas ultrapassadas e negligenciar, negar e/ou recusar espaços e demandas reais e potenciais, novas e tradicionais, dificultando o rompimento com práticas

conservadoras; e, por último, no processo de organização da categoria, de forma que a prioridade tende a ser de mobilização e não de organização.

O pouco conhecimento dos assistentes sociais sobre as demandas, que incluem as condições e características dos usuários com os quais trabalham os assistentes sociais, é preocupação para Vasconcelos (2002), que avalia que o debate profissional na perspectiva do projeto de ruptura não atinge ou não está atingindo a formação profissional. A autora entende que o pouco conhecimento das demandas tem também como consequência a prioridade da questão do Estado via políticas sociais no seio da categoria, de modo que, tanto no debate teórico como no trabalho profissional, priorizam-se o estudo, análise e/ou atenção das necessidades sociais determinadas pelas políticas sociais e não as necessidades sociais determinadas pelos cidadãos.

No tocante à situação da formação profissional, as grandes dificuldades têm relação não somente com a qualidade da formação na graduação, mas também com a falta de investimento em capacitação continuada. Remete a esse dilema o fato de os assistentes sociais não valorizarem e articularem os dados da realidade ao qual têm acesso cotidianamente, de modo que mantêm formas de organização do trabalho que impedem a realização de uma análise que sustente a projeção do trabalho.

Vasconcelos (2002, p. 161; 164; 166-167, grifos da autora) traça um importante panorama acerca da lógica das práticas e da organização da prática nos serviços de saúde: “enquanto o Serviço Social, como um todo, está organizado em *plantão* ou *plantão e programas*, os assistentes sociais, individualmente, podem organizar o seu trabalho desenvolvendo *plantão*, *plantão e programas* ou somente *projetos ou programas*”. A autora levantou que, dos assistentes sociais entrevistados em sua pesquisa, “5,4% desenvolvem suas atividades a partir de sua inserção somente nos Programas de Saúde da Secretaria; 50% desenvolvem suas atividades só através de Plantão e 44,6% desenvolvem suas atividades articulando Plantão e participação nos Programas de Saúde”. Apesar da diferença na organização, a pesquisadora aponta que grande parte das atividades desenvolvidas nos programas e projetos tem a mesma característica das atividades desenvolvidas no plantão. É comum que, no plantão, os assistentes sociais aguardem espontaneamente os usuários que buscam ou os recebam por meio de encaminhamentos de profissionais/funcionários/serviços da unidade/serviços externos (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, guardas de segurança, atendentes, recepção, marcação de consultas, assistentes sociais de outras

unidades, etc.) ou por assistentes sociais de outros Programas da própria unidade.

De modo geral, Vasconcelos (2002, p. 193) avalia que os assistentes sociais obedecem, de certa forma, a uma mesma rotina: “contato com o usuário para levantamento das necessidades a partir do atendimento médico recebido, para providenciar encaminhamentos e orientações necessários à complementação da consulta – seja nos Programas, seja nas enfermarias ou nos ambulatórios”. Essa estrutura de organização se mantém inalterada há décadas e 35% dos profissionais entrevistados não sabem quem é responsável pela forma como o Serviço Social está organizado; outros 15% referem-se a ou trabalham em um serviço organizado pela direção da instituição e/ou por outros profissionais da unidade de saúde. Ainda, 48,5% das assistentes sociais declararam que não atendem a todas as demandas dirigidas ao Serviço Social. Contudo, no que se refere a mudanças, apontam principalmente a “dinamização do atendimento do plantão com distribuição de tarefas entre todos os profissionais”, necessidades de “mais assistentes sociais para inserção nos programas” e “mudanças no espaço físico (40%)” (VASCONCELOS, 2002, p. 193).

Vasconcelos (2002, p. 168) abordou na sua pesquisa a identificação das demandas dirigidas aos assistentes sociais e a forma como se organizam. Ao plantão, por exemplo, essas demandas se organizam em procura espontânea, encaminhamentos internos e encaminhamentos externos. No conjunto dos encaminhamentos internos, localizam-se os realizados pelos profissionais de saúde e pelos demais serviços da unidade, incluindo o atendimento a “casos sociais”.

Para Vasconcelos (2002, p. 169-170), uma das características do atendimento de plantão é que ele “não conta com profissionais qualificados para reconhecer a necessidade de considerar o perfil da população que procura o Serviço Social”. Para a autora, à tarefa de reconhecer as demandas cabe o pressuposto da diferenciação de demandas reais e potenciais, implícitas e explícitas. A partir desse processo de análise, é possível projetar ações no interior da unidade que absorvam as demandas reais: “saúde (educação, prevenção e promoção da saúde, tratamento, principalmente das doenças crônico-degenerativas e contagiosas) e por organização e participação no controle social dos serviços oferecidos pela unidade”.

De um modo geral, a organização da demanda é revestida de uma importante questão: a subordinação da organização do Serviço Social à assistência médica individual à doença, que encontra no plantão sua

extensão à medida em “que determina a demanda atendida e não a demanda – a ser desocultada, explicitada, conhecida, analisada, priorizada” (VASCONCELOS, 2002. p. 190).

Vasconcelos (2002, p. 423) avalia que os profissionais empenham-se em evidenciar o atendimento das demandas apresentadas pelos usuários, pois, ao fazer isso, eles colocam-se politicamente favoráveis aos usuários e interessam-se por suas condições de vida. No entanto, as ações individualizadas que desenvolvem são voltadas a “demandas periféricas”, assim como para “atender tudo o que é dirigido ao Serviço Social”. Desse modo, na sua visão, o assistente social viabiliza a inserção dos usuários na rotina excludente e punitiva da instituição; realiza encaminhamentos a recursos institucionais, ignorando os organismos de representação dos usuários, e providencia acesso a poucos recursos concretos disponíveis. A reversão dessa situação ocorreria, segundo Vasconcelos (2002, p. 426), com a colocação dos interesses e necessidades “de fundo” dos usuários no centro das preocupações e ações profissionais, já que “ainda que seja necessária uma preocupação com as demandas institucionais, sua priorização exclusiva só tende a dificultar o acesso e o controle dos serviços por parte dos usuários”. Priorizar as demandas institucionais significa “submeter o Serviço Social às demandas por controle e dominação por parte da instituição e demais profissionais de saúde”.

Para Vasconcelos (2002, p. 427-428, grifos da autora), os assistentes sociais tomam como “objeto de ação profissional e como *centro de suas preocupações as consequências de rotinas excludentes e a complementação e/ou consequências das ações dos profissionais de saúde sobre os ‘clientes’* (mesmo que se constituam em demandas também dos usuários)”, além de atenderem demandas definidas e priorizadas com base em atendimento individualizado – desse modo, individualizando as ações, o Serviço Social contribui para a despolitização das relações sociais e da sociedade.

Vasconcelos (2002, p. 432; 433; 428-429), parafraseando Yamamoto (1998), afirma que os assistentes sociais não entendem os “processos sociais que produzem e reproduzem a questão social”, de modo que eles “ficam impossibilitados de entender o social, restringindo-se – independentemente da área em que realizam seu trabalho – a minimizar os transtornos, pendências, disputas, conflitos e/ou imprevistos causados pela exploração e pela própria condição humana”. A autora afirma ainda que as ações dos assistentes sociais só atingem a dimensão social ao alcançarem as causas, mesmo dos sofrimentos, o que requer, entre outras coisas, “a reorientação da política e dos programas de saúde

na direção dos interesses e necessidades dos usuários”. Para isso, são essenciais a capacitação dos profissionais e o resgate da reconstrução da relação entre poder público e sociedade civil.

No campo das definições do que cabe como demanda aos assistentes sociais, Wiese (2003; 2010) identificou que o “social”, definido no campo do Serviço Social, é ligado à noção de carência. No estudo com equipes de atenção básica em saúde, particularmente de Saúde da Família, o “social”, em geral, é o “problema” ou o “caso” de difícil solução. Também comum que seja um atributo de indivíduos pertencentes a certos grupos, como pessoas em situação de rua e usuários de drogas. É analisado ainda que o trabalho em saúde seja majoritariamente um trabalho institucionalizado e um ato assistencial, resultado de um trabalho coletivo, ou seja, realizado por diversos profissionais específicos ou não específicos da saúde, além de ser caracterizado pela fragmentação, podendo também, porém, lhe ser conferido o esforço de questionar o modelo assistencial hegemônico.

Enquanto, na visão de Vasconcelos (2002), há pouca interposição no campo das possibilidades dos assistentes sociais “da ponta” em estabelecer com as demandas profissionais uma relação mais qualificada, da qual se espera fazer emergir uma pauta imbuída do “social”, podem-se requerer nesse campo outras preocupações e aprofundamentos relativos àquele “complicado jogo entre protagonistas” ao que se refere Netto (2011a).

Para Wiese (2010), na saúde, as questões ligadas ao social são transversais às práticas e ao processo saúde/doença. Ao citar Figueiredo e Furlan (2008), avalia que as dimensões social e subjetiva no trabalho em saúde ainda são entendidas como algo que *se atravessa* na saúde. Isso porque não são entendidas como pertencentes à prática em saúde, mas sim como campo do jurídico/da lei, da assistência social ou da psicologia. Quando consideradas relevantes, a alternativa geralmente é o encaminhamento ao psicólogo ou ao assistente social. Afirma que os profissionais têm receio que no seu cotidiano de trabalho surjam demandas sociais, pois não sabem como lidar com elas, o que também indica as lacunas no conjunto das políticas de saúde. Os profissionais participantes da pesquisa de Wiese (2010, p. 236) elencaram “algumas problemáticas por eles consideradas como demandas sociais, entre elas a violência, abandono, problemas familiares e questões de desemprego. Mas a demanda mais significativa evidenciada por todas as equipes foi a problemática do idoso e as relações familiares”. Porém, entre os profissionais da equipe de saúde da família, poucos destacam formas de

trabalhar com as demandas sociais, já que para a maioria a alternativa é encaminhar ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

É pertinente observar que, ao localizarmos a discussão sobre “demanda” no Serviço Social, identifica-se em textos de referência o emprego dinâmico do termo, que emerge como efeito de processamento da realidade social para constituição da matéria-objeto de intervenção do assistente social – sendo central a categoria “questão social” –, como também, não obstante a pouca frequência, para as práticas de requisição (sociais, institucionais e interprofissionais) de trabalho do assistente social nos espaços de atuação. Muito embora acreditemos que, de fato, sejam expressões de um mesmo processo – constituição de uma matéria de intervenção e práticas de requisições profissionais –, entende-se ser necessário apontar essa distinção no momento em que elucidamos o objeto e os objetivos da investigação.

Enquanto o termo “demanda” no Serviço Social aparece nas discussões para situar a matéria ou objeto, bem como o processo de requisição das respostas profissionais no que tange à área da saúde, particularmente à Saúde Coletiva, parece profícuo abordar os estudos de Pinheiro (2001) e Pinheiro *et al.* (2005) em torno desse conceito. Os autores levantam a discussão da demanda em saúde e sua relação com a construção do direito à saúde e entendem que as demandas do campo supracitado se constroem cotidianamente e têm elementos participantes que surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores). São “fruto de um inter-relacionamento entre normas e práticas que orientam os diferentes atores envolvidos (indivíduo, profissional e instituição), que formulam e implementam políticas de saúde, seja de uma localidade, de um estado ou país” (PINHEIRO *et al.*, 2005, p. 12).

A demanda em saúde pode ser explicada na perspectiva da racionalidade econômica ou da racionalidade médica. Comumente, o conceito de demanda se referirá à “atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido”. Nesse formato, o conceito guarda uma dicotomia e uma relação estática com a face da relação com o serviço, a oferta. Nela, o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e seus agentes vão para outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos. Os limites em compreender os motivos da formação das demandas por saúde no contexto social, político, cultural em que estão inseridos e o movimento de redução do sujeito à objetivação da doença (a doença como “real necessidade de saúde”) sugerem que esses modelos explicativos

atuam na reprodução da concentração do poder institucional e favorecem a dominação simbólica de saberes técnicos (PINHEIRO, 2001, p. 71).

Desse modo, Pinheiro *et al.* (2005) propõem que demanda e direito configuram-se como práticas sociais com correspondências em diferentes planos políticos e institucionais. As demandas podem ser compreendidas como solicitações dirigidas aos serviços de saúde no sentido do direito e precisam ser reconhecidas como aspirações sociais inerentes ao processo de constituição do direito à saúde em um território de disputas.

Aspectos do trabalho em saúde e suas formas organizacionais são componentes fundamentais na relação da demanda com a oferta, no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários, e destes com os serviços. Além desses componentes, estudando equipes de Saúde da Família, Pinheiro (2001) aponta a influência dos contextos sociais, culturais e econômicos como um dado concreto da realidade a ser enfrentada no cotidiano dos atores na relação entre demanda e oferta por serviços. As equipes, como multiplicidade de relações e interações entre os atores envolvidos com a oferta e demanda, convivem com toda uma ordem de agravos, em grande parte originada pelas precárias condições de vida a que as pessoas estão submetidas.

A relação demanda e oferta, à luz das concepções e percepções sobre saúde, doença e cura, elucida ainda a reafirmação nos serviços e práticas assistenciais do velho modelo de assistência numa visão biologizante, com intervenções altamente especializadas e tecnificadas. Porém, é esse o modelo que a população conhece e demanda. Ainda que sua eficiência e eficácia social sejam reduzidas, é com esse modelo que a população se identifica (PINHEIRO, 2001).

A autora aborda que a persistência de antigos problemas e limites tem dificultado as transformações das práticas em saúde. Avalia que tais problemas se relacionam com contextos de desigualdade econômica, cultural, social e política que colocam em descompasso ou desencontro os objetivos e aspirações dos atores envolvidos. Pinheiro (2001, p. 93-94) sustenta que “o cotidiano das instituições de saúde é o lugar comum onde, por um lado, se vivenciam conflitos e constatam limites e dificuldades, e que, de outro, pode transformar os atores em autores de projetos inovadores de construção de novas realidades em saúde”.

Enquanto, na Saúde Coletiva, a discussão remete à processualidade das solicitações dirigidas aos serviços de saúde que aspiram pelo direito à saúde, também é nessa direção que Caetano, Barcelos & Miotto (2010) compreendem as demandas dirigidas aos assistentes sociais na saúde. As autoras discutem que as demandas aos assistentes sociais se apresentam

por usuários, instituições e equipes (que incluem as de usuários recolocadas por profissionais e que se caracterizam por gestão dos serviços). As demandas são diferentes e têm especificidades e distintos interesses e contradições, como as que permeiam o sistema de saúde. Ao citar Miotto (2006), para afirmar que as demandas estão na estruturação das ações dos assistentes sociais, já que se sustentam no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais essas ações são destinadas, a análise da demanda compõe, como momento fundamental, a ação profissional dos assistentes sociais. Daí são definidos objetivos, considerando ainda o espaço em que se realiza, a escolha de abordagens dos sujeitos destinatários da ação de acordo com os objetivos. Para as autoras, pensar sobre demandas ou as referidas fontes das quais estas se concretizam exige considerar que a prática profissional com o usuário, com outros profissionais e com a instituição são historicamente determinadas e têm condições objetivas ligadas à conjuntura social, à divisão do trabalho, à propriedade dos meios de produção, assim como condições subjetivas relativas aos sujeitos, ao grau de qualificação, ao preparo técnico e teórico do profissional.

Caetano, Barcelos & Miotto (2010, p. 6) compreendem que a demanda do usuário deve ser analisada pelo assistente social, pois é permeada por uma bagagem histórica, moldada de valores impostos pela sociedade. Sempre é reveladora de processos sociais mais amplos que devem ser considerados pelo assistente social no momento de sua intervenção e que devem ser compreendidos como expressão de necessidades de saúde. Essa análise se faz indispensável, já que, com frequência, as demandas dos usuários chegam ao assistente social a partir dos profissionais da equipe de saúde, que, “filtradas”, muitas vezes não condizem com o que é realmente inquirido pelo usuário. Os demais profissionais da equipe fazem uma “interpretação” da demanda do usuário, de modo que ela é apresentada ao assistente social permeada por valores morais, religiosos, culturais, etc. Isso afeta diretamente a condução das situações apresentadas pelos usuários e define, em grande parte, os encaminhamentos feitos pelos profissionais dos usuários ao Serviço Social.

No que tange às demandas de gestão também colocadas aos assistentes sociais por outros membros da equipe, as autoras verificam que geralmente estão atreladas às contradições e limitações do sistema de saúde. A falta de recursos ou a pouca efetividade do sistema, por exemplo, que repercutem em filas de espera, faz os profissionais recorrerem aos assistentes sociais para atividades vinculadas à seletividade no acesso.

Muitas vezes, a equipe de saúde vê o assistente social como profissional de solução, que poderá resolver as lacunas da gestão dos serviços.

Contudo, é possível avaliar que as discussões sobre o que o Serviço Social chama de demanda se colocam atreladas ao esforço de buscar uma pauta de atribuições profissionais no campo da saúde. Os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde”, lançado em 2009 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009), deixam clara a preocupação da categoria profissional em apresentar um painel de respostas a demandas (requisições dirigidas aos assistentes sociais) cotidianas nesse setor, ademais de também aplicar o uso dinâmico do termo “demanda”, seja no sentido de matéria/objeto, seja no sentido de requisições aos profissionais. O documento sinaliza a existência de “demandas identificadas no cotidiano do trabalho”, “demandas requisitadas pelos usuários dos serviços” e “demandas dos empregadores desses profissionais”, fazendo relação dessas com atribuições e competências profissionais (p. 9; 42). Ainda, que os projetos postos em disputa na organização do sistema de saúde brasileiro – o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária – são recobrados para afirmar que colocam demandas divergentes ao assistente social, sendo o projeto da reforma sanitária mais aproximado aos valores do projeto ético-político profissional.

O documento está organizado sob a compreensão de que na saúde os avanços pela profissão no exercício profissional são ainda insuficientes, assim como as produções sobre “*as demandas postas à prática em saúde*” (CFESS, 2009, p. 14, grifos do autor). É esclarecendo as atribuições e as competências que se sugere que o profissional estabeleça prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. Assim, as atribuições e competências do assistente social são apontadas como de difícil compreensão por parte da equipe de saúde, dada a fragmentação do trabalho e das pressões com relação à demanda (no sentido de solicitações dirigidas pelos usuários aos serviços).

É possível avaliar que, além do emprego dinâmico da ideia de demanda expresso no uso referente a práticas de requerimento da atuação do assistente social, assim como para se referir à matéria/objeto de atuação, é preciso marcar o que são as atribuições e competências profissionais e o que são as demandas. Atribuição e competência têm sentidos tênues: a atribuição profissional é a “faculdade inerente à profissão”, tem sentido de prerrogativa; competência “se insere na

capacidade de apreciar e dar resolutividade a determinado assunto” (TERRA, 1998, p. 3).

Ressaltar as demandas como face do objeto profissional atrelado às refrações da questão social, sua expressão atomizada, seu atendimento sob a institucionalidade sociopolítica da sociedade burguesa, conduz à proposição de uma definição de demanda como forma fenomênica da matéria-objeto da profissão, atribuída no conjunto das relações sociais. Uma das visões de Vasconcelos (2002), ao analisar a diferença entre demandas explícitas e implícitas, demanda e demanda atendida, reais e potenciais, sugere um encontro com essa noção.

A perspectiva de fundamentos sócio-históricos da profissão de Netto (1996, 2011a) e Yamamoto (2012a, 2012b) atenta para demanda como projeção da matéria ou objeto socialmente conferido a essa categoria profissional. Como verificado por Yamamoto (2012b, p. 39), no sentido etimológico, “matéria” diz respeito à substância, ou objeto, ou assunto sobre o que particularmente se exerce a força de um agente; enquanto as atribuições e competências confirmam que a “prerrogativa de auto-qualificação da profissão é dos seus agentes especializados e de seus organismos representativos que, em determinados contextos societários, confirmam a necessidade ou utilidade social dessa especialização do trabalho”. São ideias-chave sobre a demanda na direção dada pelos autores: a sua condicionalidade a um lastro conservador e a sua constituição como possibilidade objetiva que, a depender da capacidade de respostas da profissão, pode ser revertida em realidade; sua constituição social, a contemplar os aspectos teóricos e prático-sociais da profissão no campo de suas competências para responder às requisições extrínsecas. Ainda, configura-se a permanente reelaboração no contexto da articulação do conjunto de condições que informam o processamento da ação dos assistentes sociais e condicionam a possibilidade de realização dos resultados.

O Serviço Social brasileiro não permanece alheio à dinâmica das políticas sociais e às formas complexas com que se apresentam as demandas, como destacam Mito e Nogueira (2013). As demandas reservam questões inerentes ao processo de constituição do direito à saúde. A complexidade dessa relação no contexto das políticas e serviços sociais, ressaltada pelas autoras anteriores e Wiese (2010), assim como o conjunto de condições sobre o processamento da demanda (IAMAMOTO, 2012), indica que o debate requer profundidade.

Dessa maneira, para além de apontar a forma fenomênica da matéria-objeto da profissão, sobre o que incide seu saber, também designa

as práticas de requerimento ou acionamento profissional⁸ que guardam possibilidades forjadas sob distintas formas de apreensão da realidade social e as possibilidades de incidência dos campos de saber envolvidos, particularizando-se no campo das políticas sociais, dos serviços e práticas profissionais e nos arranjos multiprofissionais ou interdisciplinares.

Embora acionamento, objetos, atribuições e competências façam parte de um único processo na distinção desses momentos (sem querer simplificar o jogo de contradições e disputas que se processam nesse entrecruzamento), pode-se avançar na abordagem da processualidade das práticas. Há muitos elementos que se podem discutir quando se fala em “demandas postas”, “demandas colocadas”, “demandas apresentadas”, como, por exemplo, o de parecer se tratar de processos divorciados, o que pouco converge com as possibilidades de respostas que procuram elucidar.

Uma possível referência a demandas reais divergindo de demandas aparentes – ou a distinção “demandas reais” e “demandas potenciais” – pode suprimir elementos importantes que se expressam na relação com os usuários, com profissionais de outras categorias, com gestores e entre os próprios assistentes sociais.

A análise de demanda para identificar a “demanda real” como etapa de planejamento ou pesquisa em exercício profissional a ser aplicada na organização do serviço é distinta de uma análise que, no momento da ação, ocorre para desencadeá-la, que é constituída de valores, expectativas, desejos, história. Caetano, Barcelos & Miotto (2010) apontam isso e indicam que nesse processo se estabelecem “filtros” aplicados por profissionais para definir a demanda.

Embora um processo pouco investigado, o modo e o conteúdo do requerimento (como campo de possibilidades, da maneira que Netto [2011a] assinala) constituem um mesmo processo, ainda que analiticamente seja possível observar especificidades. É preciso enfrentar as condições dos sujeitos nesse processo, os referenciais que empregam para dar direção ao processo assistencial que, ao mesmo tempo, orientam formas de disposição do trabalho coletivo, assim como aspectos de poder e dominação. Ainda, contemplar as expressões da imagem social da profissão entrecruzada à imagem e características dos espaços sócio-

⁸ Isso pode ser percebido ao se analisar, etimologicamente, o verbo “demandar”, que vem do latim *demandare*, “comissionar, dar poderes a alguém” ou, literalmente, “colocar na mão de alguém”. (Cf. a página eletrônica <<http://origemdapalavra.com.br/site/>>).

ocupacionais, em diálogo com a forma com que os assistentes sociais enfrentam os desafios cotidianos.

Desse modo, avançar na discussão acerca da demanda de atuação do assistente social nos parece requerer um olhar para além do que a profissão elabora em torno de propostas ou perspectivas de atuação para si, embora tente reconhecer e “instituir” atribuições e competências, como exercita o CFESS com os “Parâmetros de Atuação”. Não se trata de “desvendar” aos profissionais a realidade em que vivem, mas sim de alcançar a experiência dos assistentes sociais no trabalho coletivo e a vivacidade da agência humana na constituição dessa profissão e de horizontes para ação. É necessário falar da experiência em serviços de saúde, campo que crescentemente incorpora equipes multiprofissionais, e explorar o terreno, a lógica dos projetos que se colocam em disputa e que compõem as “forças extrínsecas” sublinhadas por Netto (2011a). Entre as diversas possibilidades de discussão nesse plano, propõe-se olhar para as relações profissionais que se constituem nos espaços ocupacionais e que agem – sob uma pauta ética, política ou teórica diversificada e sem o “controle” absoluto das “partes” envolvidas – com uma definição da matéria-objeto e escopo do trabalho dos assistentes sociais, em especial nas instituições hospitalares.

As práticas de demanda que se organizam nos espaços sócio-ocupacionais são, no ponto de vista de Vasconcelos (2002), tradicionais e guardam traços conservadores. O plantão como forma de organização do trabalho favorece as demandas que se constituem à base dos encaminhamentos, uma prática de demanda profissional comum nos serviços de saúde. O encaminhamento é produto de uma análise e avaliação e ocorre, como averiguou Wiese (2010), a partir de uma relevância identificada pelo profissional assistente, sob filtros ou valores, como identificados por Caetano, Barcelos e Miotto (2010), e tem sido fundamental na lógica do acionamento das diferentes áreas de atuação profissional em saúde, como destacado por Wiese (2010).

Vasconcelos (2002, p. 163-164) identificou que as assistentes sociais que atuam em hospitais não fizeram referência ao desenvolvimento de trabalho específico nas enfermarias e/ou na unidade de emergência. Cerca de 90% dos entrevistados mencionaram somente a atuação em plantão, do que se conclui que “toda demanda dirigida ao Serviço Social no interior dos hospitais é atendida através do plantão, excetuando as maternidades, onde são realizados alguns programas para as mulheres”.

Em se tratando de serviços de saúde do SUS, na última década, não se lograram mudanças substanciais no que concerne às principais questões relativas ao seu funcionamento. O subfinanciamento público é um obstáculo persistente, assim como a lógica mercadológica que glorifica a eficiência como caminho para gestão pública em contraponto com o de falta de recursos. Portarias ministeriais são publicadas contrariando frontalmente as leis e a Constituição Federal, confrontando o SUS em sua radicalidade pública. Estimula-se financeiramente o setor de planos e seguros de saúde, desonerando-se os planos e onerando-se os cidadãos, que custeiam o SUS e os planos. A falta de planos de carreiras adequados, capacitação profissional, despolitização da gestão e melhores equipamentos socio sanitários desencadeiam a insegurança da população em relação à garantia de atendimento, o que favorece a multiplicidade de arranjos para o acesso e uso dos serviços (CARVALHO, 2013; CONILL, 2014).

Cabe, a partir da experiência que também norteia a presente problematização e justificativa – a de atuação no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) –, ressaltar que, nos últimos anos, também ocorreram mudanças no intuito de superar a fragmentação do SUS, o que traz importantes elementos para desenvolver um debate sobre as demandas profissionais nessa área. Para se ter um breve quadro comparativo, considerando-se o ano de 2002, ano em que Vasconcelos publicou o seu estudo, a equipe de Serviço Social contava com sete assistentes sociais que se organizavam para atendimento de enfermarias, unidade de emergência e programa de planejamento familiar, de modo que, até 1996, atendia somente na forma de plantão.

Em 2016, passadas as gestões dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), em se tratando de hospitais universitários federais, houve um aumento de servidores públicos pela oferta de vagas de concursos públicos, embora o esforço não tenha sido suficiente para adequar as necessidades dos serviços instalados ou ampliações. Também não foi a contento do avanço dos interesses privatistas sobre o direito social à saúde, dada a implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

No HU/UFSC, a equipe é atualmente formada por 12 assistentes sociais e o trabalho tem sido expressivamente orientado em atenção às portarias ministeriais que organizam serviços ligados às Redes de

Atenção à Saúde (RAS)⁹. Essas orientações se estendem a todos os serviços credenciados para oferta dos serviços pelo SUS. Estão previstos os profissionais que devem disponibilizar atendimento, em muitas delas o assistente social – seja compondo a equipe “central” ou complementar. Contudo, observa-se majoritariamente, no conteúdo dessas portarias, o assistente social em posição complementar à equipe ou como o profissional que deve estar disponível no hospital para atendimento, o que sugere que o plantão é considerado nos fluxos organizados pelo Ministério da Saúde. O problema de uma posição subalterna tem ordem institucional e passa pelas definições das comissões que assessoram as políticas do SUS. Ainda assim, no cotidiano, tem sido superada pela inserção dos profissionais de forma central nas equipes, em serviços ligados a essas distintas redes.

Desse modo, houve um esforço da equipe para perda da força do plantão como forma de organização da atenção, assim como cresce a tendência ao trabalho com fluxos multiprofissionais mediados pelas portarias e suas diretrizes assistenciais, com atendimentos a unidades que se organizam sem a centralidade da solicitação médica.

Vale ainda levantar as possibilidades de articulação com outros serviços que surgem ou se fortalecem no âmbito da política de saúde no SUS, como os Centros de Atenção Psicossocial e Consultórios na Rua, por exemplo; intersetorialmente, o diálogo que cresceu nesse período com a implantação de serviços da política de Assistência Social, de modo a se estabelecer novas formas de abordagem e respostas profissionais às necessidades de saúde da população usuária dessa instituição.

Assim, a dependência das formas de organização se altera sob condições de disponibilidade de um número maior de profissionais, dos avanços teóricos que movimentam as experiências, do surgimento,

⁹ As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a). Após pactuação tripartite, foram priorizadas as seguintes redes temáticas: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o enfrentamento do álcool, *crack* e outras drogas); Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas, iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde.

aprimoramento e fortalecimento de serviços voltados às garantias de direitos sociais.

Muito embora se tenha avançado em torno de capacidade de interlocução com os serviços que tentam se organizar em uma espécie de rede de proteção, Vasconcelos (2002, p. 479; 482, grifos da autora) é atual quando aponta que, nos hospitais e maternidades, os assistentes sociais são acionados para “participação na agilização das altas hospitalares, principalmente as *altas sociais*, que envolvem desde o morador de rua que não tem para onde ir, até um paciente cuja família tem dificuldade de lhe prestar a atenção necessária e especial após sua saída do hospital”. Pesa nesse processo o conceito de eficiência – aí cabe “*esvaziar leitos; realizar triagem das solicitações de visitas fora de rotina; resolver casos sociais que atrapalham o fluxo de ocupação dos leitos nas unidades (moradores de rua, idosos, pessoas abandonadas que não têm para onde ir após a alta hospitalar)*”.

Essas são questões atuais nos serviços, sendo que outras situações poderiam ser incorporadas para debate. Porém, nesse momento, atenta-se que, apesar de descritas na sua forma “bruta”, as situações guardam “expressões da questão social”. Portanto, ao reparar que há matéria para atuação do assistente social, há possibilidades para que incida o seu campo de saber, contudo, responder profissionalmente sob esta lógica, que reitera papéis e atribuições de lastro conservador, é do que se quer desvencilhar o profissional. É preocupante constatar os objetivos que se espera alcançar com a intervenção do assistente social, que geralmente não estão instituídos ou capturados totalmente no âmbito dos serviços ou portarias ministeriais que organizam seu funcionamento.

A experiência de atuação no HU/UFSC permite nos aproximar do problema da demanda de atuação por outros profissionais que compõem as equipes dos serviços dessa instituição. Pode-se indicar que as demandas para além da requisição de atenção ao usuário e seus familiares ensejam qualificar as situações desses sujeitos, assim como prescrever a objetivos e ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais.

Nos contatos profissionais para demanda de atuação do Serviço Social¹⁰, é comum que se expressem como “justificativas” dessa solicitação o reconhecimento da inexistência de rede de apoio para dar condições à alta hospitalar; famílias que não atendam aos protótipos de

¹⁰ Em geral, demanda-se atendimento do assistente social por contato pessoal, contato telefônico, em reuniões de passagem de plantão ou mesmo pelo registro em prontuário do usuário.

arranjos, de comportamento e higiene; avaliações por suspeitas de negligência, de condições familiares de cuidado ou para potencializar acesso a direitos sociais. Justifica-se também pelo tipo de ação a ser desenvolvido, comumente o contato com a família ou com serviços (centros de saúde, conselho tutelar, instituições de longa permanência para idosos, “casas de apoio”, albergues), a visita domiciliar, a reunião com a família – nesses casos, é evidente a orientação prescritiva.

O cenário é, portanto, a organização dos serviços e as práticas profissionais para demandar a atuação do assistente social. O estudo proposto percorrerá a organização e o funcionamento de equipes de saúde com foco nas conexões com o Serviço Social. Busca-se contemplar o que Franco & Merhy (2004) chamam de “micropolítica da organização dos serviços” e imergir nos processos microdecisórios do cotidiano do serviço. Para ambos, os trabalhadores controlam basicamente dois recursos fundamentais para a ação transformadora dos serviços de saúde: primeiro, o recurso do conhecimento técnico; em segundo, o recurso do controle do processo de trabalho, que se caracteriza como “tecnologias leves” que podem acionar instrumental para alterar a micropolítica da organização dos serviços de saúde em que se pode fugir dos interesses das corporações e dos burocratas e se alinhar aos interesses dos usuários. Entender esse processo implica imergir nas relações intra e interinstitucionais que se firmam no processo de trabalho, que dizem respeito aos interesses em jogo do dia a dia.

Portanto, visa-se contemplar também a força da ação dos sujeitos na operação do direito à saúde, o que passa pela compreensão das formas estruturadas dos serviços, mas também pelas não estruturadas que funcionam transversalmente dentro da organização e de um modo instituinte. Esta última, segundo os autores, possibilitaria a ação dos “sujeitos-desejantes”, que trazem em si a força da produção da realidade¹¹ (FRANCO & MERHY, 2009).

Assim, pode-se retomar Vasconcelos (2002, p. 479) ao concluir o seu texto: “Faz-se necessário entender o fundamento das demandas dirigidas ao Serviço Social, não só pelos usuários, mas pelas direções e demais profissionais da unidade de saúde”. É preciso melhor compreender a correlação de forças, de construção de hegemonia por forças disparadas cotidianamente, as estratégias e embates.

¹¹ A dissertação de Schütz (2013) oferece importantes elementos para um debate sobre os serviços e os serviços sociais na sua relação com a política social e o Serviço Social.

Ademais, o objeto de pesquisa elaborado assenta-se em uma contradição relevante que justifica a sua elaboração. A compreensão do Serviço Social como profissão inserida na divisão sociotécnica do trabalho (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991) é uma apreensão quase que unanimemente referendada pela categoria no contexto da defesa de um projeto ético-político profissional que se deseja hegemônico. Essa apreensão nos indica que o trabalho do assistente social se constrói cotidiana e coletivamente com uma pauta compartilhada. Porém, ainda são incipientes as discussões no meio profissional que apuram essa dinâmica e fortalecem um olhar sobre essas condições de trabalho em espaços tradicionalmente ocupados pelos assistentes sociais.

Nessa direção, pretende-se elucidar o processo de definição da demanda do assistente social, que se faz coletivamente e em processo conflituoso, com “análises” sob pressões, condições e possibilidades distintas. Parte-se do reconhecimento que de uma demanda elaborada sob uma pauta coercitiva, sob práticas particulares de acionamento, com formas distintas de organização do assistente social e de referenciais que abastecem suas práticas, o assistente social faz no coletivo e cotidianamente ativo um projeto profissional. Objetiva-se um estudo que avance sobre o “tempo miúdo do trabalho cotidiano” (YASBEK, 2001).

No que tange à definição da demanda de atuação do assistente social no conjunto das relações que mantêm com os demais profissionais de saúde nos serviços e em equipes nos serviços hospitalares, indicamos como questão central “como se configura e se organiza a demanda de atuação do assistente social em equipes de saúde de serviços hospitalares?”.

Ao situarmos o debate e a preocupação sobre as demandas, que são abordadas teoricamente de forma dinâmica (matéria/objeto ou práticas de acionamento), é que será tratado sobre o trabalho que se realiza nos espaços ocupacionais. Esse ponto de partida consiste na observação de que a prática dos assistentes sociais em saúde no SUS está fortemente assentada na realização de avaliações sobre o “social”, com *status* mais ou menos formal, em equipes multiprofissionais mais ou menos estruturadas em instituições que oferecem serviços organizados de distintas formas. Aquilo que é “social” é abarcado para emissão de juízos/avaliações não restritos ao Serviço Social e, muitas vezes, subsidiam uma arbitragem para o acesso e uso dos serviços de saúde, assim como para demandar a atuação do assistente social. Nessa direção, temos como hipótese que a demanda de atuação do assistente social se constitui contraditoriamente sobre aquilo que se estabelece como matéria-

objeto dos assistentes sociais na divisão sociotécnica do trabalho; ou seja, um campo conflituoso de relações, e o que a categoria profissional define para si em um projeto profissional emergente. Tal contradição comporta ainda uma tensão entre o objeto estabelecido para si e a lógica histórica das pautas que organizam o trabalho coletivo no espaço das instituições.

Trabalhou-se com o pensamento que a demanda de atuação para os assistentes sociais tende a ganhar sentido em torno de uma ideia/concepção de “social” e para esses profissionais tal conceito tende a estabelecer a matéria sob a qual deverá atuar o assistente social. No Serviço Social, parece ser possível afirmar que existem duas grandes perspectivas (que soam complementares, mas que guardam abordagens teórico-metodológicas distintas e igualmente críticas) sobre o “social”: primeiro, como a grande e nociva “questão” que se estabelece na emergência das relações sociais capitalistas nas sociedades ocidentais – objeto de análise amparado por amplo referencial marxista; segundo, a concepção que trata o “social” como um importante setor no qual se estabelece a profissão. Nessa perspectiva, as análises de Donzelot (1980, 2007) e Castel (1998) abordadas no próximo capítulo indicam a natureza das suas premissas morais e como organizaram as instituições e práticas concretas de assistência às populações, especialmente as pobres, após o século XVIII, na forma de assistência médica e social.

Dessa forma, a demanda de atuação tende a ganhar sentido em torno de uma ideia de “social”: o “social” para o Serviço Social como sendo o processo sobre o qual o materialismo histórico-dialético investirá, conformando-se na corrente teórica que hoje abastece as mais importantes linhas de conhecimento do Serviço Social brasileiro; e também o “social”, como uma abstração que historicamente serviu para arrefecer as paixões políticas e alimentar a lógica da garantia de coesão social face à *questão social* das sociedades ocidentais modernas para então se estabelecer como setor de intervenção do Estado (DONZELOT, 1980; 2007).

No Serviço Social, especificamente na área da saúde, localizamos a perspectiva de Vasconcelos (2002), que parte da compreensão de que os assistentes sociais têm pouco conhecimento das demandas e têm seu trabalho dirigido àquelas que perturbam o funcionamento das unidades de saúde. A posição passiva diante das demandas, a não valorização e não articulação dos dados da realidade são elementos importantes na discussão da distância das práticas do alcance dos objetivos do projeto ético-político profissional, já que dividem a demanda atendida de uma demanda real, em que se realizará o “social”, espécie de atributo que fideliza o exercício profissional ao projeto hegemônico. Enquanto as

ações individualizadas se destinam a “demandas periféricas”, o “social” está na ação ao atingir as causas dos problemas.

O “social” seria então “legítimo” no conjunto das ações profissionais sob a forma de politização, na “criação de espaços coletivos que permitam aos próprios usuários captar e se defrontar com o que há de coletivo nas suas demandas” (VASCONCELOS, 2002, p. 495). Para a autora, cabe aos assistentes sociais romper com a subalternidade do social (no sentido de “o que diz respeito à maioria”) e do Serviço Social, sugerindo que há um “social” como demanda-matéria-objeto legítima¹².

Portanto, na esfera das relações de trabalho estabelecidas nos espaços sócio-ocupacionais, o Serviço Social vem defendendo um tensionamento no campo de suas demandas – seja no sentido da matéria-objeto, seja no campo de práticas de requerimento interprofissional. Tal movimento ocorre na direção de a atuação profissional ampliar a identidade com o projeto profissional, visto que, nos espaços de atuação do assistente social em equipe, ainda pesa a pauta tradicional. Entendemos ser válido retomar o debate acerca dos fundamentos dessa pauta, assim como os fundamentos do projeto que se posiciona contra-hegemônico. A partir deles nos abasteceremos, revisitando alguns elementos que foram preteridos na história da profissão, bem como retomando outros que colocaram os assistentes sociais a se conectarem política e organizativamente aos interesses da classe trabalhadora.

¹² Neste trabalho, entende-se que o “social” não poderia ser desconsiderado no âmbito das situações singulares, visto questões tão relevantes que expressam. De fato, há que se discordar de um olhar que define ações em situações singulares que guardam tanta complexidade como meramente paramédicas. Iamamoto (2012b, p. 36) valoriza as situações singulares desde que são “carregadas tanto de dimensões universais, quanto histórico-particulares” e que estão situadas no cotidiano que dá “a viabilidade do projeto ético-político do Serviço Social, seu potencial renovador da profissão na afirmação dos direitos sociais dos cidadãos e cidadãs, na atenção e no respeito às suas necessidades e interesses que, por inúmeras mediações, se transmutam em demandas sociais e profissionais”.

3. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO “SOCIAL” À CONFORMAÇÃO DAS DEMANDAS: A LÓGICA HISTÓRICA DA PAUTA TRADICIONAL

Pretende-se nesse capítulo recuperar a lógica histórica das pautas tradicionais que organizam o trabalho a partir da constituição do “social”. Aqui o “social será recuperado como “questão” central e intrínseca ao projeto societário burguês e como setor que agregará práticas que controlem sua repercussão. Dessa forma, optamos por um referencial teórico que, a nosso ver, se aproxima da forma como as forças e interesses se dirigiram historicamente pelo vivido ou, como afirma Williams (2000, *apud* CEVASCO, 2007), pela cultura do vivido. A questão social e o setor “social” a ela destinada demandarão novos hábitos, requisições, pressões que passaram a ser feitas no interior de certos grupos, como as famílias. Por isso, requerer “práticas profissionais” (ou a um novo “intelectualismo”). A conformação desse setor dialoga profundamente com o processo hegemônico burguês, pois, ultrapassando a lógica da subordinação, irá agregar formas de atenção aos interesses da classe social sobre a qual incidirá sua hegemonia.

Portanto, a emergência do setor “social” é um processo de concentração de forças e interesses atrelados ao processo hegemônico em resposta à “questão social” que forjou novos quadros de intelectuais que parcelam suas expressões como matéria/objeto a partir de um conjunto de atribuições e competências que, na sua gênese, se articulam a interesses das classes dominantes. A natureza “educativa” da atuação colocou o assistente social na busca a garantir a persuasão e o consenso a partir de um novo tipo de socialização do trabalhador e sua família. Cientistas do saber prático no mundo moderno (SEMERARO, 2006), os assistentes sociais irão ampliar a interferência moral e política por parte do capital sobre o conjunto da vida particular dos trabalhadores (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991).

3.1 O “social” como questão e como setor

A hegemonia é constantemente desafiada por pressões desencadeadas pela pauperização massiva, que historicamente colocou a pauta de projetos de sociedade, seus significados e valores, sob dúvidas e ameaça. Práticas precisaram ser incorporadas para frear a decadência e deterioração moral que se processavam no estabelecimento do projeto

societário burguês. Surgiram instituições, normas e leis tornadas necessárias devido à contaminação da sociedade pela crueldade, injustiça e arbitrariedades provenientes da vida em comum. Na sociedade capitalista industrial em formação escolas, quartéis, conventos, hospitais, asilos emergem no horizonte da necessidade de sujeitos adequados à ordem racional moralizante. A sistematização da organização desses espaços e os auxílios prestados davam-se, desde o início do século XVI, sob a lógica de um intervencionismo crescente do poder das realezas diante da mendicância e marcam etapas essenciais e qualitativamente distintas da estruturação de um social-assistencial¹³ (LUZ, 1988; CASTEL, 1998).

Como observa Luz (1988, p. 58), a racionalização do social abrangeu, além de teorias, a criação e instituições e práticas:

É verdade que a racionalização do social não envolveu apenas a organização das disciplinas “humanas”, com a elaboração de teorias e de conceitos, e a produção de tecnologias ou de instrumentos de pesquisa, como no caso da racionalização do mundo natural. Envolveu mais ainda: a criação de instituições, e a organização de políticas e práticas sociais de objetivação do humano inéditas na história da humanidade. Este lento processo de institucionalização do objeto sociedade e de elaboração do *homem* (indivíduo) como objeto de conhecimento tomará, na sociedade moderna, a menos três séculos; aliás ainda hoje perdura. A lentidão da mudança da história supõe a diversidade na realidade social: a pluralidade de interesses, de ideologias, de relações de classes e de formas de exercício do poder social.

¹³ A racionalização dos costumes e das mentalidades começa pela “moral” resultante do cristianismo, que a partir do final da Idade Média coloca as ordens religiosas e os reformadores morais leigos no processo de racionalidade social que adentrará a Idade Moderna. Como exemplo, em toda a cristandade europeia, as ordens mendicantes implantam-se sistematicamente, principalmente nas cidades. Paralelamente, os hospitais centrais, confrarias, hospitais se multiplicam. “Ao lado da Igreja, regular ou secular, o conjunto das autoridades, tanto leigas quanto religiosas, assume sua parte nessa administração do social: senhores notáveis e burgueses ricos, confrarias, isto é, associações de auxílio mútuo das corporações, multiplicam os auxílios” (LUZ, 1988; CASTEL, 1998, p. 72).

Donzelot (2007) vai retratar o social como um artifício das nascentes democracias capitalistas. Em *A invenção do social*¹⁴, o autor propõe uma história do “social”. Afirma que esse setor foi inventado na relação com o advento da democracia nas sociedades industriais. É uma “invenção” que repousa sobre a solidariedade como critério de ação de um Estado que se deve fazer democrático para conciliar as ambiguidades que lhe permitissem soberania, principalmente depois de 1848, quando a República será um problema, mais que resposta. O desencanto com as promessas do Estado republicano cede lugar a essa “invenção”, que só se pode viver em um regime de liberdade sob a igualmente inventada noção de solidariedade, que proporcionará à ação do Estado um critério compatível com a sua definição democrática e prontamente adequado para conjugar as ambiguidades da proposta de soberania.

Segundo Donzelot (2007, p. 16-17), a República era um ser frágil afetado por uma enfermidade chamada “questão social”. “No existía político de la Tercera República que no hiciera su experiencia produciendo algún opúsculo sobre la cuestión social y el modo de resolverla”. Desse modo, o social surgiu como uma questão que se abatia sobre a República já sem o prestígio. A pergunta define melhor o cenário dilemático:

¿Cómo reducir ese distanciamiento entre el nuevo fundamento del orden político y la realidad del orden social, para asegurar la credibilidad del primero y la estabilidad del segundo, si no se quería que el poder republicano fuera nuevamente investido con esperanzas desmesuradas y luego se convirtiera en víctima del desencanto destructivo de aquellos que debían ser sus más fervorosos defensores? (CASTEL, 2007, p. 26)

No bojo da preocupação com realização das promessas que sustentariam a República, como analisa Deleuze (1980) a partir do texto

¹⁴ O livro foi publicado originalmente no ano de 1984. O autor aponta que a obra mescla duas perspectivas: psicanálise histórica de nossa relação com o político (o imaginário ou sonho) e psicanálise política de nossa história (parte do fato político, da decepção que representa a forma democrática em relação ao ideal republicano). A psicanálise pelo autor é referenciada como modelo de um relato que reúne em um só movimento explicativo o imaginário e a decepção, o trauma e a invenção de soluções reparadoras. Refere que, ao final, a qual não trabalhamos na presente revisão, não deixará de sucumbir aos encantos da pós-modernidade.

de Donzelot (1980), vê-se nascer um “social” como adjetivo carregado de diferentes sentidos e, sobretudo, um setor estranho, original e crescente, um “setor particular em que se classificam problemas na verdade bastante diversos, casos especiais, instituições específicas, todo um pessoal qualificado (assistentes *sociais*, trabalhadores *sociais*)” (DELEUZE, 1989, p. 1, grifos do autor).

O setor “social” progredirá e atuará na dissolução das instâncias que na sociedade se comportavam como sujeitos históricos, como o movimento operário. Aparece como uma invenção necessária para fazer governável uma sociedade democrática, que buscava na verdade evitar tanto a perspectiva revolucionária e a tradição conservadora. Assim, o social se desenha como “gênero híbrido” feito da interseção do civil e do político, “asociando ambos registros con el objetivo de lo civil y lo político, asociando ambos registros con el objetivo de neutralizar el violento contraste que oponía al imaginario político moderno con las realidades de la sociedad civil y mercantil” expressa pela “questão social” (DONZELOT, 2007, p. 10).

Donzelot (2007) contemplou a pressão popular sobre a concepção do papel do Estado republicano e a necessidade de encontrar um princípio estável de governo adequado para contenção das oscilações. Era preciso definir claramente as atribuições do Estado e suas limitações. Se antes cabia uma política para um social “turvo”, sem definições, sem Estado e essencialmente moral, cujo sucesso se centrava na adesão do povo aos valores que lhe são propostos/imposto, o cenário agora se altera. “À medida que se estrutura, o mundo operário elabora seus próprios modos de organização e seus próprios programas que não podem senão entrar em conflito com essas concepções baseadas na negação do outro”. Desse modo, em nome da paz social, o Estado se faria necessário para exercer novas funções de controle desse antagonismo destruidor. Abre-se um espaço de mediações que dá um novo sentido ao “social”: não mais dissolver os conflitos de interesses pelo gerenciamento moral nem subverter a sociedade pela violência revolucionária, mas negociar compromissos entre posições diferentes, superar o moralismo dos filantropos e evitar o socialismo dos “distributivistas” (CASTEL, 1998, p. 344; 345).

As formulações de Durkheim são destacadas por Donzelot (2007) ao passo que correspondem para o autor àquelas que constituirão principal arsenal para que uma moral da solidariedade se legitimasse a partir da necessidade de manutenção da coesão social das relações sociais. Com o tema da solidariedade, a República encontrava uma base conceitual que

permitia apresentar uma resposta global às duas correntes antagônicas – conservadores e revolucionários. Enquanto a caridade só dependia da boa vontade dos indivíduos, solidariedade podia basear sua necessidade na interdependência objetiva de todos os membros da sociedade. “Lo social habría estado esperando, oculto a la sombra de los prejuicios, a que la mirada del sabio finalmente viera con claridad. Provisto de esta nueva ayuda, a partir de entonces el concedor podría actuar sobre la sociedad apelando a un conocimiento finalmente positivo de sus leyes” (DONZELOT, 2007, p. 57).

Durkheim e os republicanos do fim do século XIX chamaram de solidariedade o vínculo problemático que assegura a complementaridade dos componentes de uma sociedade a despeito da complexidade crescente de sua organização. Torna-se um fundamento do pacto social no momento em que o desenvolvimento da industrialização ameaçava solidariedades mais antigas. Assim, o “social” coloca sua inteligibilidade em relação aos indivíduos (requeridos pelos conservadores) e à luta de classes (“motor da história” dos revolucionários). “Este análisis introdujo a un arte de gobernar mediante el ‘ni demasiado ni demasiado poco’, mediante la regulación de lo social antes bien que por el mantenimiento fijo o, al contrario, por la transformación voluntarista de las estructuras de la sociedad” (DONZELOT, 2007, p. 35; 63).

Para Castel (1998), em debate com Donzelot (2007), antes dessa “invenção do social”, já havia “social”. Nessa direção, recupera seu processo histórico de desenvolvimento sob forma de atenção a grupos específicos da população, isto é, um “social-assistencial”, ou sob a forma de controle ou repressão que remete à função do Estado na organização do trabalho e da mobilidade dos trabalhadores, como a repressão à vagabundagem, o que remete à existência de uma “questão social” anterior às regulações sociais pós-capitalismo.

Castel (1998) aponta que as populações que dependiam de intervenções sociais se diferiam a partir de uma perspectiva de desvantagem. “Velhos indigentes, crianças sem pais, estropiados de todos os tipos, cegos, paralíticos, escrofulosos, idiotas [...], todos têm em comum o fato de não suprirem, por si mesmos, as suas necessidades básicas, porque não podem trabalhar para fazê-lo”. Isentos da obrigação do trabalho pela falta de capacidade, tornam-se clientes potenciais do “social-assistencial”. O “social” torna-se “uma configuração específica de práticas que não se encontram em todas as coletividades humanas”, voltadas a assistir e abranger um conjunto diversificado de práticas “que se inscrevem, entretanto, numa estrutura comum determinada pela

existência de certas categorias de populações carentes e pela necessidade de atendê-las”, de forma que assumiu configurações particulares em cada formação social. Porém, as práticas organizadas desde a Idade Média no Ocidente cristão revelaram-se sempre influentes em torno das respostas à questão social que emerge no capitalismo com a industrialização. Entende-se que múltiplas formas institucionalizadas de relações não mercantis, práticas e instituições de assistência articulavam-se sistematicamente para intervenção, principalmente a repressão da vagabundagem, obrigação do trabalho e controle da circulação da mão de obra (CASTEL, 1998, p. 41; 47-48).

Havia, pois, então, não só que chamarei de *social-assistencial*, mas também intervenções públicas através das quais o Estado desempenhava o papel de fiador da manutenção da organização do trabalho e de regulador da mobilidade dos trabalhadores. Por quê? Porque uma *questão social* já se apresentava nas sociedades pré-industriais da Europa ocidental. A interdependência cuidadosamente encaixada dos estatutos numa sociedade ordenada é ameaçada pela pressão que exercem todos os que nela não encontram seu lugar a partir da organização tradicional do trabalho. (CASTEL, 1998, p. 31, grifos do autor)

Castel (1998) evidencia que o objetivo do social-assistencial, que se organiza desde os séculos XII e XIII no Ocidente cristão sob uma configuração complexa, é “suprir, de maneira organizada, especializada, as carências da sociabilidade primária”. Tem como traços originais aqueles que podem ser lidos na política de assistência “moderna”: “a classificação e seleção dos beneficiários dos socorros, esforços para organizá-los de um modo racional sobre uma base territorial, pluralismo das instâncias responsáveis, eclesiásticas e laicas, *privadas e públicas*, centrais e locais” (CASTEL, 1998, p. 59-60; 95, grifos do autor).

O social faz relação íntima com a falha da sociabilidade primária e se especializa. O afrouxamento dos laços de sociabilidade primária, em geral pelas condições de impossibilidade dados pela estrutura social, faz com que o atendimento aos carentes se constitua objeto de práticas “especializadas”, como por exemplo, o hospital, o orfanato, a distribuição de esmolas. Para Castel (1998, p. 56-57), essas são instituições “sociais” que procedem ao “tratamento particular (especial especializado) de

problemas que, em sociedades menos diferenciadas, eram assumidos sem mediação pela comunidade”. O social-assistencial se desenvolveu sob configurações históricas concretas e apresenta certo número de características formais, como a distinção do público a ser atendido, a especialização, a profissionalização, a institucionalização, perpetuando-se na estruturação desse campo:

(1) Como “construção”, esse conjunto de práticas tem função protetora, integradora e, posteriormente, preventiva, de modo que o social-assistencial “resulta de uma intervenção da sociedade sobre si mesma, diferentemente das instituições que existem em nome da tradição e do costume”. Por isso, pode-se falar, analogamente, de “sociabilidade secundária”, pois, com base no desatrelamento dos grupos de pertencimento familiar, de vizinhança, de trabalho, serão desenvolvidas montagens cada vez mais complexas e, conseqüentemente, estruturas de atendimento assistencial cada vez mais sofisticadas (CASTEL, 1998, p. 57);

(2) Essas práticas guardam esboços de “especialização” como núcleos de uma profissionalização futura. A responsabilidade sobre problemas dessa ordem requer indivíduos ou grupos mandatados identificados, ao menos parcialmente, para fazê-lo. “Por exemplo, o pároco, o fabriqueiro, um oficial municipal... já são, à sua maneira, ‘funcionários’ do social à medida que seu mandato é, ao menos em parte, assegurar esse tipo de atividade especial”. Como esfera de intervenção social, um pessoal específico para instrumentalizá-la se organizou – “é o esboço da profissionalização do setor social” (CASTEL, 1998, p. 57-58);

(3) Aliada à profissionalização, emerge uma tecnicização mínima. O mandatado, mesmo sem formação profissional específica, deve avaliar, selecionar e definir categorias para suas intervenções e práticas, mesmo que grosseiras. A prática do agente será ritualizada e sustentada por conhecimentos, perícia e tecnicidade própria. “Não há prática social sem núcleo, ainda que mínimo, de conhecimentos sobre as populações concernidas e sobre os modos de assisti-las ou, ao contrário, de excluí-las do atendimento” (CASTEL, 1998, p. 58);

(4) A questão da “localização” dessas práticas é uma linha de forma muito importante para o seu desenvolvimento. Expressa-se nas clivagens de práticas “institucionais” e práticas “extrainstitucionais” e é a natureza do problema que tende a forçar o seu tratamento num local institucional especializado, como o hospital;

(5) A assistência nem sempre será garantida pela condição de carência. “*Dentre as populações sem recurso, algumas serão rejeitadas e outras atendidas*”. O pertencimento comunitário e a inaptidão para o trabalho são distintivos fundamentais. “Essa distinção circunscreve o campo do social-assistencial em sua diferença quanto às outras formas de intervenção social, voltadas para as populações capazes de trabalhar” (CASTEL, 1998, p. 59, grifos do autor).

A preocupação de gerenciar a população a ser atendida carrega a inspiração cristã das práticas de assistência, assim como a preferência por assistir as manifestações mais extremas da pobreza ligadas à incapacidade física para o trabalho. A lógica da desvantagem, ou a teoria da desvantagem assinalada por Castel (1998), constitui uma coordenada básica de qualquer política da assistência. Castel (1998, p. 217, grifos do autor) analisa que, do século XIV ao século XVI, as sociedades europeias “*desenvolveram-se, apesar da miséria constituir um componente estrutural essencial dessas formações sociais*”. No entanto, o fim do século XVII e o início do século XVIII trazem consigo mudanças no modo como se apresenta a questão do lugar ocupado pelos grupos mais desfavorecidos.

De um lado, a tomada de consciência de uma vulnerabilidade de massa que torna cada vez mais fictícia a propensão a reduzir a questão social ao tratamento destes dois grupos extremos: os indigentes incapazes de trabalhar, que são assistidos, e os vagabundos, que são reprimidos. De outro lado, uma transformação da concepção de trabalho, que não é só um dever que responde a exigências religiosas, morais ou mesmo econômicas. O trabalho torna-se a fonte de toda riqueza, e, para ser socialmente útil, deve ser repensado e reorganizado a partir dos princípios da nova economia política. (CASTEL, 1998, p. 213)

No fim do século XVII, dois modelos arcaicos de exercício de poder baseados na liberdade sem vínculos – um sem suporte e que é necessário fixar à força; o outro inscrito em tutelas tradicionais e que é preciso manter – dão o pano de fundo para a sociedade contratual salarial. Expressão da filosofia individualista e do formalismo jurídico que se

impõe com o Iluminismo¹⁵, remete a uma configuração totalmente distinta das relações sociais. A necessidade da liberdade de trabalho clarificada no século XVII, que implicou a destruição do trabalho regulado e o trabalho forçado, será acompanhada, desde o fim do século XVII, da “tomada de consciência de uma *vulnerabilidade de massa, diferente da consciência secular de uma pobreza de massa*. [...] A questão social vai se tornar a questão criada pela situação de uma parte do povo enquanto tal e não apenas por suas franjas mais estigmatizadas” (CASTEL, 1998, p. 220-221, grifos do autor). Na pauta da “ordem pública”, não estará a preocupação com os vagabundos, mas a precariedade da situação daqueles que trabalham.

O pauperismo será expressão não da ausência de trabalho, mas da própria organização do trabalho. O trabalho liberado, contratualizado, se estabelecerá pela “indignidade da condição” de assalariado. Novo e perturbador, o pauperismo se instaura historicamente pela desgraça do povo, expresso pela miséria material, mas também pela profunda degradação moral dos operários e de suas famílias. Novas tutelas serão implantadas para dar lastro ao contrato. O extrassalarial será reconstruído e um plano de governabilidade política buscará reestruturar o mundo do trabalho a partir de um sistema de obrigações morais (CASTEL, 1998).

Estruturas da assistência confessional precedentes à Revolução foram reconstituídas e à antiga organização caritativa juntou-se um sistema público de hospitais e hospícios sob o controle das municipalidades para assistir, sobretudo, os indigentes inválidos. Até a metade do século XIX, o “social” vai ser feito quase sem se recorrer ao Estado. Até mesmo se afastará sua intervenção. Como pontuado por Castel (1998, p. 282), “paralelamente aos contratos que regulam as relações comerciais e as relações sociais iguais, novas tutelas e uma proteção esclarecida devem recriar redes de interdependência entre superiores e inferiores, entre o povo miúdo e seus guias preocupados com o bem comum”. Estava clara, portanto, a negligência de uma perspectiva de direito nessa relação:

¹⁵ De acordo com Castel (1998, p. 240), “para o iluminismo a sociedade deixa de ser referida a uma ordem transcendente, encontra em si mesma o princípio de sua organização. Ora, o mercado e o contrato são os *operadores* dessa passagem de um fundamento transcendente à imanência da sociedade a si mesma. O recurso ao contrato – o contrato social de Rousseau, fundamento da ordem social produzida unicamente pela vontade dos cidadãos – significa que os sujeitos sociais que se auto-instituem como coletivo ao invés de serem dominados por uma Vontade exterior que os comanda de cima”.

François Ewald insistiu sobre o fato de que a recusa obstinada dos liberais em fazer da assistência uma questão de direito tinha como contrapartida a preocupação de implantar um outro tipo de regulação dos problemas sociais. O direito é a garantia das relações de reciprocidade entre indivíduos responsáveis e iguais na troca que o contrato sanciona. Inversamente, as práticas de assistência desenvolveram-se no quadro de uma troca desigual. [...] Sua relação com seu benfeitor está *aquém da esfera do direito*. Legislar sobre essas matérias seria tomar partido quanto à organização da sociedade civil ou, na linguagem da época, “legislar sobre os costumes”. (CASTEL, 1998, p. 303-304, grifos do autor)

Para o autor, fica evidente que o liberalismo vai fazer com que a relação da assistência se mantenha não sob perspectiva política, mas como espaço do ético. “A moral, como Kant mostrou de modo intenso, é a síntese da liberdade e da obrigação. A esfera dos deveres morais é extensa e abrange as relações privadas, certas relações entre iguais, as relações familiares”. Daí ressaltar que a moral também comporta o “social”, esse setor específico em que ocorre um conjunto de relações com os inferiores e, especialmente, com as “classes inferiores”. “Esse dever é um dever de proteção e é exercido por meio desta virtude moral de utilidade pública: a beneficência” (CASTEL, 1998, p. 304-305). Três serão as estratégias de moralização: assistência aos indigentes por meio de técnicas que antecipam o trabalho social no sentido profissional do termo; o desenvolvimento de instituições de poupança e de previdência voluntária; e a instituição da proteção patronal.

Donzelot (1980) centrará uma análise nessa direção para apreender o movimento que coloca as famílias, desde o século XVIII, no centro da emergência dessas novas técnicas de regulação social. Dois polos de um processo de reorganização dos comportamentos, cada qual com suas estratégias, se instalam:

O primeiro tem por eixo a difusão da medicina doméstica, ou seja, um conjunto de conhecimentos e de técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais e colocar esses serviçais sob a

vigilância dos pais. O segundo poderia agrupar, sob a etiqueta de “economia social” todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos, em suma, o que se convencionou chamar de filantropia. (DONZELOT, 1980, p. 21-22)

Para Donzelot (1980), a filantropia é uma estratégia despolitizante e resposta ao modo de se garantir o desenvolvimento de práticas de conservação e de formação da população, com uma missão de dominação, de pacificação e de integração social. O esquema de colaboração entre Estado e família que organizava as relações no Antigo Regime¹⁶, em decorrência da sua inadequação às novas necessidades de controle social, dá lugar, no decorrer do século XVIII, a novas alianças e operações eficientes entre ambos. As inadequações ocorrem pelo fato de a família já não conter seus membros tão facilmente. “A separação entre os pobres ‘envergonhados’ [...] e os mendigos suplicantes que exibiam suas misérias e suas chagas sem vergonha tende a desaparecer e o final do século XVIII assiste ao aumento considerável do número de pobres que solicitam auxílio”. Por outro lado, afirma o autor abordado por Castel (1998) que “os mendigos suplicantes se transformam, gradativamente, em vagabundos perigosos que erram pelos campos e recolhem um tributo competitivo com o do Estado” (DONZELOT, 1980, p. 51).

Alianças efetivas e operações eficientes alicerçam essa transição:

¹⁶ Analisando a sociedade francesa, Donzelot (1980, p. 51; 49) assim descreve as relações que se estabeleciam entre família e Estado no Antigo Regime: “A fim de assegurar a ordem pública, o Estado se apóia diretamente na família jogando indissociavelmente com seu medo do descrédito público e com suas ambições privadas. Isso tudo se passa segundo um esquema de colaboração muito simples, o Estado diz às famílias: mantende vossa gente nas regras da obediência às nossas exigências, com o que, podereis fazer deles o uso que vos convier e, se eles transgredirem vossas injunções, nós vos forneceremos o apoio necessário para chamá-los à ordem”. Nesse sentido, “[...] a família era, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de governo, sujeito, pela distribuição interna de seus poderes: a mulher, os filhos e os aderentes [...] devem obrigação ao chefe de família. Objeto, no sentido em que também o chefe de família se situa em relações de dependência”. A família é “a menor organização política possível”.

O que perturba as famílias são os filhos adúlteros, os menores rebeldes, as moças de má reputação, enfim, tudo o que pode prejudicar a honra familiar, sua reputação e sua posição. Em compensação, o que inquieta o Estado é o desperdício de forças vivas, são os indivíduos inutilizados ou inúteis. Então, entre esses dois tipos de objetivos há uma convergência momentânea sobre o princípio da concentração dos indesejáveis da família. Mas se, para as famílias, essa concentração é encarada como exclusão, alívio, para o Estado ela vale como interrupção das custosas práticas familiares, como ponto de partida de uma vontade de conservação e de utilização dos indivíduos. Superfície de absorção dos indesejáveis da ordem familiar, os hospitais gerais, os conventos, os hospícios servem de base estratégica para toda uma série de intervenções corretivas sobre a vida familiar. Esses lugares de reunião dos infortúnios, das misérias e dos fracassos facilitam a mobilização das energias filantrópicas, fornecendo-lhes um ponto de apoio, servindo-lhes de laboratório de observação das condutas populares, de base de lançamento de táticas próprias para contrariar seus efeitos socialmente negativos e reorganizar a família popular em função de imperativos econômico-sociais. (DONZELOT, 1980, p. 29-30)

A família é o meio pelo qual mudanças cruciais passam a ser impingidas. As transformações suscitadas não ocorrem por sua resistência à mudança social, mas, segundo Donzelot (1980, p. 54), como “uma forma positiva de solução dos problemas colocados por uma definição liberal do Estado” ameaçada por duas grandes situações: o problema do pauperismo e a incitação ao Estado organizador do corpo social em função do direito dos pobres à assistência, ao trabalho e à educação; e a iminência da destruição das cidades dadas às profundas clivagens quanto às condições de vida da população.

As transformações instaladas no âmbito das famílias estão entre as condições de possibilidade da emergência e estabelecimento da ordem social liberal moderna. “A família é uma instância cuja heterogeneidade face às exigências sociais pode ser reduzida ou funcionalizada através de um processo de flutuação das normas sociais e dos valores familiares”. Desse modo, o social dá um novo campo às forças de domínio sobre a

vida das populações no processo de assentamento das sociedades modernas urbanizadas. O social reage sobre outros setores, provoca “novas relações entre o público e o privado; entre o judiciário e o administrativo e o estabelecido pelos costumes; a riqueza e a pobreza; a cidade e o campo; a medicina, a escola e a família etc.” (DELEUZE, 1980, p. 2).

De fato, é o “social” esse setor que se organiza e que responderá às mudanças necessárias ao controle das populações afetadas pela pobreza e das quais emergem reivindicações organizadas. Dessa forma, esse primeiro objeto, a família, vai diluir-se em “detrimento de um outro, o social, do qual ela é ao mesmo tempo rainha e prisioneira. São também os procedimentos de transformação da família que instalam as formas de integração moderna que emprestam às nossas sociedades seu caráter particularmente policiado” (DONZELOT, 1980, p. 13).

Para Donzelot (1980, p. 84), de fato não ocorre ao Estado tomar iniciativa, a responsabilidade original e política desses equipamentos, pois ele sim assegura sua racionalização e sua generalização e confirma o funcionamento das sociedades liberais. “O social extirpa, do funcionamento da economia, esse quinhão do pobre que, bem ou mal, ela teve que assumir durante o século XIX e o libera, portanto, desse último entrave”. Coube um processo de racionalização dos produtos da filantropia, cujas atividades se organizaram em dois núcleos ou eixos de estratégias no período que se estenderá até o fim do século XIX: polo assistencial, polo médico-higienista e um terceiro polo, já no final do século XIX, confluência dos dois primeiros, sobre a questão da infância – o processo de tutelarização¹⁷. De todo modo, como explora Castel (1998, p. 341), “meios mais seguros para elevar o destino da população operária [...] excluem qualquer forma de organização e, mesmo, qualquer iniciativa de interessados. [...] O que serve como política social consiste em extrapolar uma atitude moral para a escala de injunções coletivas”.

No tocante à especialização e tecnificação das práticas, como assinala Castel (1998), o barão de Gérando¹⁸, em *Le visiteur du pauvre*,

¹⁷ Nesse período, um híbrido de assistência filantrópica moralista com a assistência médico-higienista constituirá o Complexo Tutelar. O Estado e o seu corpo de especialistas assumem a competência de tutelar as famílias, reduzindo sua autonomia, sofrendo intervenções. Nesse contexto, serão cruciais as conexões entre a assistência pública, a justiça de menores, a psiquiatria (DONZELOT, 1986).

¹⁸ Importantes personagens na concepção do ideário do “social” eram integrantes da Sociedade de Moral Cristã: La Rochefoucauld-Liancourt, Guizot, Constant,

propõe uma nova tecnologia da assistência em que o serviço outorgado (não apenas os recursos materiais) deve ser “um instrumento de recuperação moral e, ao mesmo tempo, deve instituir uma relação permanente entre os protagonistas da troca” (CASTEL, 1998, p. 319). Com base na relação pessoal, fará apenas clínica social, prática que desencadeará o trabalho social profissionalizado: “avaliação das necessidades, controle do uso das ajudas, intercâmbio personalizado com o cliente”. Afirma Castel (1998) que “a tradição *case work* inscreve-se igualmente nessa linhagem”. Os conhecimentos que constituíram o núcleo original das ciências sociais descem ao plano da instrumentalização moral no seu uso prático com obstinação à esfera da “moral institucionalizada”.

Porém, as práticas de relação pessoal, ao não poderem fazer face à amplitude dos problemas suscitados pelo pauperismo, demandavam práticas coletivas, inscritas em instituições. Nessa direção, foram concebidas instituições voltadas a prevenir males causados pela indigência, como as caixas econômicas e sociedades de socorros mútuos. Dando uma dimensão verdadeiramente “social” às práticas filantrópicas, elas lidariam com a imprevidência, considerada a principal causa das desgraças do povo (CASTEL, 1998).

O patronato também acionado revelou a proteção decorrente do poder do empresário sobre o operário. O patrão fixará o regulamento e as sanções, pois, como diz Castel (1998, p. 331), “o ideal é realizar uma perfeita osmose entre a fábrica e a vida cotidiana dos operários e de suas famílias”. O “social” turvo, embora sem um enquadramento conceitual preciso, tem uma intenção política evidente, porém com limites que se tornaram incontornáveis, já que haveria de tornar os “homens menos afortunados” virtuosos e contentes com uma “caridade generosa”.

A experiência da iniciativa privada da gestão filantrópica da pobreza estabelecerá os limites do Estado no controle da gestão econômica das famílias. A filantropia se inscreve no corpo do Estado e é a partir do final do século XIX que surgem as profissões vinculadas a esse setor: “os assistentes sociais, os educadores especializados, os orientadores. Todas elas se reúnem em torno de uma bandeira comum: o trabalho social” (DONZELOT, 1980, p. 91). Para Donzelot (1980, p. 92), “o trabalho social se apoiará em um saber psiquiátrico, sociológico,

Dufaure, Tocqueville, Gérando, Dupin, por exemplo. A Sociedade, segundo Castel (1998, p. 323), constituiu um núcleo de reflexões e de iniciativas de onde saíram inúmeras instituições.

psicanalítico, para antecipar o drama, a ação policial, substituindo o braço secular da lei pela mão estendida do educador”.

Sob a análise de Donzelot (1980), pode-se falar da ascensão da tecnologia do inquérito¹⁹ sobre as famílias pobres. É uma operação a realizar o social como regime de flutuação de normas e mecanismos reguladores e corretivos, no qual se difunde “o conselho eficaz em vez da caridade humilhante, norma preservadora no lugar da repressão destruidora”. Além de se desvendar qualquer artimanha, é preciso promover o reerguimento da família e a falta moral que determina todo pedido de auxílio: “essa parte de irresponsabilidade, de preguiça, de devassidão que existe em toda miséria. *Conexão sistemática entre a moral e a economia* que implicará uma vigilância contínua da família, uma penetração integral em todos os detalhes de sua vida” (DONZELOT, 1980, p. 57; 67, grifos do autor).

O direito social teve como bases o signo da solidariedade. Nessa direção, o direito social se coloca a reparar as carências da sociedade, compensar os efeitos da miséria e reduzir os da opressão, de modo que, no fim do século XIX, se difundiram direitos por leis relativas a condições de trabalho, à proteção do trabalhador, aos distintos casos em que se nega o emprego da sua força laboral, aos que sobrevivem a acidentes, a doenças, à velhice e ao desemprego. Serão temas das leis também a proteção às crianças, à mulher de família e muitas medidas que velavam sobre as condições de saúde, educação e moralidade dos membros da sociedade (DONZELOT, 2007).

O direito, que se colocava centralmente em torno da questão social como antagonismo fundamental da organização da sociedade, orientava-se a corrigir e não a reorganizar a sociedade. Além disso, sob a insígnia da solidariedade, definiu-se um papel positivo para o Estado e uma posição neutra frente às forças que dividiam a sociedade. O Estado ocupava-se do “social” pela introdução dos direitos sociais no final do século XIX, de modo a não atender às reivindicações de injustiça social,

¹⁹ “A tecnologia do inquérito sobre as famílias pobres, organizada por Gérando, pôde, então, tornar-se uma fórmula extensiva de um controle social cujos agentes serão mandatados por instâncias coletivas e se apoiarão na rede administrativa e disciplinar do Estado. Essa nova disposição da assistência, mais a infra-estrutura disciplinadora da sociedade e as leis de proteção à infância (1889 e 1898) permitem a generalização de uma técnica de inquérito, afastando tudo o que restringia sua eficácia, dando força ao investigador para separar seu trabalho totalmente da antiga lógica de *reputação*, em proveito da *investigação* metodológica e policial” (DONZELOT, 1980, p. 113).

mas voltar-se à proteção social em torno das condições de riscos vividas por membros de uma coletividade. Para isso, foi necessária a técnica de seguros, como pontua Donzelot (2007, p. 102, grifos do autor):

Mediante la socialización del riesgo, el derecho social podría establecerse sobre el *lenguaje relativo y homogéneo de la estadística* y así disolver las contradicciones del derecho clásico. [...] Al apoyarse en ese lenguaje nuevo de la estadística, el derecho social podía pretender reemplazar con el mecanismo de la promoción de lo social, es decir, de la reducción de los riesgos de todos y del simultáneo aumento de las oportunidades de cada uno, la oposición original entre el derecho al trabajo y el derecho a la propiedad. [...] ahora se podía hacer admitir que algunos corrían más riesgos que otros y justificar mediante esa relatividad una deducción consecuente sobre las riquezas, para compensar los perjuicios vinculados con esos riesgos.

Ao eliminar a questão da responsabilidade individual nos dramas sociais, a técnica de seguros (já aplicadas por Bismark na Alemanha) permitia, com efeito, introduzir um mecanismo de resolução conforme a definição solidarista do Estado, cuja ação devia aplicar-se sobre as formas e laço social e não sobre as estruturas da sociedade. Ela substituiu a exigência moral de justiça pelo princípio de uma reparação social de prejuízos que podem ser aleatórios e opunha a pressão exercida sobre o Estado para uma reorganização da sociedade sob o princípio da promoção do social, do aumento das oportunidades de cada um mediante a resolução dos riscos de todos. A técnica de seguros passou a ser defendida como a mais eficaz na realização da solidariedade, desde que também não forçasse a modificação das relações entre capital e trabalho assalariado. Além disso, assegurava a moralização do indivíduo mediante a transformação do meio social e, sobretudo, concretizava esse vínculo invisível entre os homens cuja expressão visível era o Estado (DONZELOT, 2007).

De todo modo, a passagem da assistência a um estatuto de direito não eliminou o estigma da indigência, como expõe Castel (1998). O direito não universalizado, já que seria outorgado no modelo do seguro mediante uma perícia, atrelou-se à perenidade de proposta de “socorros

públicos”, que se colocam, em geral, pela falta de outra assistência, seja familiar ou privada.

Um direito social, se é que se pode falar, verdadeiramente, de direito em relação ao direito aos socorros, só é legítimo se concernir aos que já estão quase no fora-do-social, nessa zona de assistência isolada dos circuitos de trocas entre indivíduos autônomos. [...] A intervenção do poder público não é legítima senão para assumir esses casos limites, atípicos em relação à condição trabalhadora e que são da esfera da assistência. (CASTEL, 1998, p. 380)

A manutenção do ideal republicano de Estado ganhou, no período entreguerras, maior exigência pela sua conversão de garantidor do progresso da sociedade. Para Donzelot (2007, p. 115), o social avançará pelo século XX como lógica representada pela força dos sindicatos, que vai para embate com a lógica econômica representada pelos monopólios, que, com suas racionalidades distintas, buscarão fazer prevalecer suas reivindicações sobre o Estado. As reivindicações dos operários buscavam defender e ampliar a esfera do social, enquanto o monopólio, que tomou o lugar da empresa paternalista do século XIX, seguia a lógica da racionalidade econômica, do incremento dos lucros ao ponto que cada vez mais “parecían Estado dentro del Estado”.

Esses dois registros (o social e o econômico) constituíam os termos amplificados de uma contradição central entre o capital e o trabalho, mas não uma forma de superação ou flexibilização dessa contradição. Ademais, no século XX, como expõe Castel (1998), a solidariedade passa a constituir-se como um voluntário da sociedade e o Estado social faz-se seu fiador. Por certo período, logrará êxito nessa disputa a doutrina keynesiana “que le permitía al Estado articular centralmente lo económico y lo social, en vez de dejar que se instalara el predominio de una u otra de estas lógicas”. A aparição do Estado-providência também responderá a necessidade de “solidarizar” a sociedade às duas tentações desse período: as revolucionárias e as conservadoras. O social serviria ainda como meio para trazer à tona “lo económico cuando éste padeciera un debilitamiento de la demanda; también lo reanimaba en alguna medida mediante la inyección artificial pero eficaz de una creciente capacidad de compra y empleo en la sociedad” (DONZELOT, 2007, p. 107; 120; 123).

Nessa direção, para Castel (1998), o Estado constrói uma correspondência entre objetivos econômicos, objetivos políticos e objetivos sociais. “Circularidade de uma regulação que pesa sobre o econômico para promover o social e que faz do social o meio de tirar de apuros a economia quando esta se abate”. A “invenção do social” é que domesticou o mercado e humanizou o capitalismo pela constituição de novas regulações sociais – proteções sociais, propriedade social, direitos sociais (CASTEL, 1998, p. 487; 563). Ademais, o “social” passa a servir horizonte nesse campo, tornando-se esse termo palatável às diferentes formas de organizar instituições e formas de ajuda aos pobres.

3.2 O “social” e a saúde: a assistência pública e a doença

Como recuperado em Castel (1998), a saúde também compôs o setor social-assistencial sob as suas configurações históricas concretas e certo número de características formais – como a distinção do público a ser atendido, a especialização como expressão de grupos que assumem mandatos para atividades específicas; a profissionalização atrelada à tecnicização das práticas; e sua localização, donde se pode falar da sua institucionalização, como ocorreu na relação entre o tratamento de doentes e o hospital.

Podem-se apontar duas bases das transformações dos processos de atenção à saúde na transição para o capitalismo: a) como as sociedades capitalistas só se viabilizam à base de relações e princípios capazes de mantê-las relativamente estáveis, o princípio liberal de igualdade aplica-se nesse campo pela lógica da efetivação da saúde como direito; b) o novo significado social dos corpos humanos como sede da força de trabalho que leva o trabalho em saúde verter para o controle da ocorrência da doença e a recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença. Nessa direção, organizou-se um processo de trabalho em saúde que historicamente se colocou “como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala e finalmente, como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas” (MENDES GONÇALVES, 1992).

Na Idade Média, evidenciava-se a centralidade da Igreja nas formas organizadas de atenção ao que se relaciona à saúde, como a manutenção de hospitais por donativos e esmolas destinados às igrejas e aos mosteiros. Como ocorreu com o orfanato ou na distribuição

organizada de escolas, os hospitais se tornaram instituições “sociais” que procedem ao tratamento de problemas antes assumidos pela comunidade. E se, a princípio, a Igreja foi a principal administradora da assistência nesse lugar, sua passagem para as autoridades laicas se deu sem interrupção. Houve colaborações e encaminhamentos incessantes entre uma pluralidade de instâncias, eclesiásticas e laicas, centrais e municipais. O surgimento das instituições religiosas leigas que assumiram também as obras de caridade fez com que as doações passassem a ser destinadas a elas, que por sua vez mantinham obras voltadas aos enfermos. Eram as inquietações com a salvação e a compaixão que motivavam a maior parte das doações às instituições hospitalares. “Desse modo as instituições leigas se tornaram, em certa medida, ‘mediadoras’ e depositárias da filantropia católica, situando-se entre o filantropo e a obra de caridade”²⁰.

²⁰ É interessante situar que a caridade pode se diferenciar da filantropia quanto ao fato de a primeira, religiosa, pressupor o anonimato, enquanto a segunda, partindo de uma virtude social e utilitária, vê na publicidade uma de suas ferramentas centrais. Caponi (2000) argumenta sobre a ética da compaixão e a ética utilitarista que se expressam, respectivamente, na caridade cristã e na filantropia. Ao longo da história imprimem direção às intervenções assistenciais públicas, mostrando-se complementares. A caridade cristã responde à lógica da compaixão piedosa e se estrutura no binômio servir-obedecer. Sustenta relações assimétricas entre quem assiste e quem é assistido. Por isso, no momento em que a saúde passa a ser concebida como bem-estar (físico, psíquico e social) e esse bem-estar passa a ser tratado como valor, aquilo que é o seu reverso, o contravalor, é patológico, passível de assistência. Em resposta à compaixão, as pessoas caridosas se impulsionam a socorrer os desafortunados. “Piedade e compaixão se revelam como uma perigosa e temível tecnologia de poder que, no entanto, insiste em aparecer sob a forma de um desapaixonado e necessário ‘humanismo’” (CAPONI, 2000, p. 18). A compaixão, a piedade ou a caridade como valor moral no ato assistencial afirma a existência de uma dívida que deverá ser paga com eterna gratidão e humildade. O infortúnio do semelhante será “edificante” para os seres compassivos. Com base em Nietzsche e Arendt, Caponi (2000) conclui que, na assistência ou no saber médico, o espaço para a compaixão ou a piedade leva ao risco de reforçar a dependência do paciente e, a partir desta, o menosprezo à sua capacidade de decisão, de ação, de eleição e de diálogo refletido. Pela força da compaixão, a razão terapêutica “silencia todas as palavras, o co-sofrimento mudo substitui os argumentos e a proximidade do sentimento anula as distâncias e as mediações que o diálogo pressupõe, corremos os riscos de reforçar formas coercitivas de assistência” (CAPONI, 2000, p. 39). Aplicando-se tais valores, no hospital entre o médico/“benfeitor” e os pobres/doentes, haverá essa obrigação de retribuição, como que a assistência recebida seja objeto de saber/ensino para outros, posteriormente aplicável aos ricos. A filantropia será complementar à

Constituiu-se uma relação entre as elites e a assistência aos pobres enfermos. No Brasil, tiveram papel importante as Irmandades de Misericórdia, cuja expansão acompanhava a formação das cidades, corroborando a ampliação cultural lusitana. Nesse processo, foi fundamental a tônica de relacionamento entre as elites locais, suas conexões entre grupos de influência, sendo que os laços verticais os “unem” à classe trabalhadora: o auxílio e o privilégio, o papel de influência pela caridade (SANGLARD, 2007, p. 13; CASTEL, 1998, grifos da autora).

O “setor da saúde”, compreendido no “setor social”, se circunscreveu ao desenvolvimento das cidades e das relações distendidas da sociabilidade urbana. Na consolidação da classe burguesa como hegemônica, a Europa do final do século XVIII, se fará consolidar a medicina moderna e, com ela, também uma concepção da relação política entre saúde e sociedade. O corpo como instrumento de inteligência social fará da doença erradicada a recuperação da saúde do corpo social, como destacado acima. Foucault (s.d.) verificou que as práticas da saúde se organizaram na Europa com a evolução da Medicina Social²¹. A

caridade. A filantropia almeja coincidir interesses públicos e privados. Sob inspiração da ética-utilitarista, tem como premissas: bem-estar geral, urgência social, felicidade e interesse comum. As políticas filantrópicas acolhem as demandas utilitaristas (o bem-estar da sociedade) frente à “ineficiência” dos auxílios concretos/materiais. As ações filantrópicas carregam um cálculo pragmático, por isso, os conselhos são o cerne das ações. Filantropia e caridade se constituem estratégias que na história excluíram “a possibilidade de pensar a assistência em função de princípios que não sejam mandatos ou normas incontestáveis que emergem de um nível ‘superior e onisciente’” (CAPONI, 2000, p. 95).

²¹ Foucault (s.d., p. 52) reconstitui as três etapas na formação da medicina social: a) medicina de Estado, início do século XVIII, na Alemanha, centrada na proposta da polícia sanitária com foco na prevenção de doenças contagiosas, higiene pré-natal e parto, qualidade do alimento, limpeza das ruas, pureza do ar, o combate ao charlatanismo e a formação e assistência médica; b) medicina urbana, do final do século XVIII na França. O medo ou pânico urbano é característico deste de uma inquietude político-sanitária que se forma à medida que se desenvolve o tecido urbano. Foi central o esquema da quarentena e a medicina era uma medicina de exclusão, o que se demonstrou pela internação dos loucos, malfétores, por exemplo. “O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns ao lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrinhado, dividido, inspecionado, percorrido por

medicalização do proletariado não foi a primeira meta da Medicina Social: sua primeira finalidade foi acrescentar o poder do Estado pela via do crescimento controlado da população, sem consequências negativas no âmbito da saúde (CAPONI, 2000). Apesar de o corpo se constituir objeto de investida política e social como força de trabalho, é só na segunda metade do século XIX que a medicina postulou-se o problema do corpo, da saúde e do nível da força produtiva dos indivíduos. Nesse contexto, as práticas assistenciais avançam e o hospital será o *locus* privilegiado da profissionalização e da tecnicização de profissões à medida que progride a organização das práticas no seu interior, com força que é contemporaneamente presente.

No planejamento em saúde pelo setor público, a higiene foi concepção-chave. Tornou-se (bem como se mantém referência atual para discussão de processos ligados às práticas no campo do social) “instrumento de estruturação de instituições para orientar um caminho civilizatório novo e a possibilidade de progresso e regeneração das sociedades humanas”. No final do século XVIII e início do século XIX, o conceito de higiene, então ligado à “arte de conservar a vida”, indicou o rumo que a mesma tomou enquanto princípio por ideologias liberais (que afirmavam as responsabilidades individuais), ao passo que, levando a cabo a aplicação de várias ciências na manutenção de bem-estar, associou-se à ideia de uma unidade de conhecimento em prol do bem viver (LAROCCA & MARQUE, 2005)²².

um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos”. A medicina urbana permite que a prática médica se coloque diretamente em contato com ciências extramédicas, fundamentalmente a química. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e, finalmente, à análise do próprio organismo. A organização da medicina foi importante para a constituição da medicina científica; c) Na metade do século XIX, emerge a medicina da força de trabalho na Inglaterra focada na assistência médica ao pobre, no controle de saúde da força de trabalho e esquadrinhamento geral da saúde pública.

²² Larocca & Marque (2005) discutem a formação dos primeiros conceitos de higiene a partir de importantes estudiosos da temática, por exemplo: HOCHMAN, G. *A era do saneamento*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998; SCLIAR, M. *Do mágico ao social* – trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002; HILL, C. *Origens intelectuais da revolução inglesa*. A ciência e a medicina de Londres. São Paulo: Martins Fontes; 1992. p. 26-116; ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. As autoras destacam que o fim dos regimes absolutistas na Europa coincide com as primeiras práticas de utilização da higiene como medida para diminuir o

Desse modo, as práticas de atenção à saúde se organizaram como respostas às demandas da pobreza e, por outro lado, da proteção das camadas populacionais sadias. A higiene foi base para elaboração de normas, recomendações e medidas que, se aplicadas, fariam o indivíduo saudável até a morte natural. A higiene se consolidou e se integrou a outros tantos novos elementos que compõem esse processo de “reforma”, demonstrando que, sob várias dimensões da vida humana, as sociedades capitalistas buscaram condições de viabilidade, fazendo da saúde uma das bases político-ideológicas capazes de também mantê-las estáveis. Entrou e permanece em várias áreas da vida sociedade – educação, saúde, reprodução humana – (LAROCCA & MARQUE, 2005).

A higiene propôs-se a aproximar o ser humano da responsabilidade pelo seu bem-estar disseminando modelos comportamentais, buscando tornar homogêneas as relações entre seres humanos para que estes percorram o caminho da civilização dada a partir de seu aperfeiçoamento moral e material. “A higienização desempenhou um papel social integrado, com a capacidade de penetrar, moldar e modificar a cultura global e de se apresentar como único caminho possível para o desenvolvimento, progresso e a não degeneração de um país, ou seja, a civilização” (LAROCCA & MARQUE, 2005, p. 79).

Segundo Arouca (1975), a higiene ocupou na sociedade civil um lugar de sistema de normas de controle da saúde individual e no Estado normas coletivas de vida.

desperdício de recursos humanos causado pelas doenças. Surgem trabalhos sobre política médica com guias de normas a serem seguidas. Ainda com base nesta bibliografia, as autoras levantam que o período entre os séculos XVI a XVIII foi o de uma transição assentada na mudança de modelos com destaque a descobertas na Anatomia e Fisiologia, necessidades de aplicação do conhecimento científico, abordagem quantitativa dos problemas de saúde e estabelecimento de políticas de saúde segundo necessidades econômicas do Estado. O aparecimento e o uso do conceito de higiene concomitante ao entusiasmo estatístico levaram vários países a iniciarem movimentos de reforma sanitária (Inglaterra, França, Alemanha, Estados Unidos), estabelecendo conselhos e legislações específicas sobre higiene. “Uma das bases para este novo ‘pensar higiene’ foi a quebra do pensamento hegemônico que explicava o contágio. A Teoria miasmática é colocada sob suspeita e cientistas como Henle, Cohn, Pasteur, Koch e Lister entram em cena: surge a Bacteriologia. As descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX deslocam as concepções sociais como causação das doenças, restabelecendo com redobrada força o primado das causas externas: para cada doença, um agente etiológico” (LAROCCA & MARQUE, 2005, p. 78).

É no particular que ela exerce o seu domínio associado à medicina com seu duplo discurso de auto-afirmação ideológica e de saber (como articulação entre a ciência e a ideologia). Porém a higiene como prática dirigia-se a todos os indivíduos e não comportava uma legitimação abrangente de profissionais da saúde, já que o correto seria a formação de uma cultura higiênica universal. (AROUCA, 1975, p. 89)

Nessa ordem, o projeto da higiene se coloca como referência para ações em saúde pública e próximo às ambições da inteligência profissional emergente a partir de “ações educativas”. A medicina, objeto de peregrinação de Foucault (1977), estandarte da racionalidade empírico-científica da época (sob pressupostos metodológicos positivistas e empiristas²³), viabiliza uma visão singular acerca do momento de emergências tanto da profissão médica quanto das bases institucionais das práticas de saúde e da vida na sociedade moderna.

Nos termos de uma relação hegemônica, o movimento de ascensão da medicina ocorre alavancando novas propostas que incidem na vida cotidiana do povo²⁴. Sobre a criação de novas escolas de medicina na França no século XVIII é possível evidenciar:

A medicina é uma ciência prática cuja verdade e sucesso interessam ao conjunto da nação; criando uma escola, não se favorece um punhado de indivíduos, permite-se que, por intermediários qualificados, o povo possa sentir os benefícios da verdade: “É vivificar”, diz o relator não sem dificuldade de estilo e de pensamento, “vários

²³ Ainda que brevemente, entender essa profissão, como tantas outras, permite compreender como ela é produto e elemento coprodutor de uma ordem social, e como ela se constrói e reconstrói ao mesmo tempo em que também o faz a sociedade da qual forma parte (FREIDSON, 2009).

²⁴ É a ciência que passa a assumir o caráter de verdade; verdade esta que também estará intimamente atrelada ao poder, fornecendo, inclusive, subsídios para aprimorar as formas de governo. Foucault (2008) denomina biopoder a tecnologia do poder por formas e procedimentos múltiplos que se estabelece com a ascensão do capitalismo. O poder que é extensivo a todos os espaços da sociedade. Instaura uma governamentalidade, uma governança das condutas e ações humanas não apenas pela figura do Estado, mas também pelas demais instituições (saúde, escola, família, entre outras).

canais que fazem circular a industriosa atividade das artes e das ciências em todas as ramificações do corpo social”. (FOUCAULT, 1977, p. 79)

Os interesses sociais em correlação em dado momento histórico atravessam a reelaboração de espaços, profissões, para que o novo *ethos* da modernidade (capitalista burguesa) se efetive. Como “verdade”, não vai se impor. A ciência terá anuência social, embora opere, particularmente a medicina, pela objetivação das relações sociais, antes no campo da cultura, da moral. Novas condutas, comportamentos e dinâmicas serão estratégicas nesse movimento. Assim, “a verdade” só será se chegar ao povo.

A medicina não deve mais ser apenas o *corpus* de técnicas de cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. (FOUCAULT, 1977, p. 39, grifos do autor)

A autoridade sanitária será consolidada e tornará possível “a medicalização rigorosa, militante e dogmática da sociedade, por uma conversão quase religiosa, e a implantação de um clero da terapêutica” (FOUCAULT, 1977, p. 35). Consolida-se a medicina institucional e se estabelece o conhecimento singular do indivíduo doente sob os auspícios do pensamento médico europeu, que se dissemina pelo mundo constituindo implicações ao estatuto filosófico do homem.

Foi preciso distanciar as funções de repressão das instituições como o hospital para dar-lhes funções de assistência. No século XVII, o hospital já se transformara em um prédio com arquitetura própria, onde se podiam isolar os doentes contagiosos. No século seguinte, é uma instituição que começa a ser questionada principalmente por mudanças na concepção de assistência e pelo desenvolvimento das discussões sobre higiene. Também é quando surgem hospitais especializados, que já se preocupavam com a doença. Desse modo, foi preciso que o hospital

perdesse a feição assistencial em benefício da terapêutica, papel que coube à “tecnologia clínica” (FOUCAULT, 1977; SANGLARD, 2007).

O processo de medicalização fez o hospital se converter em uma peça essencial na política sanitária e demográfica posta em prática ao longo do século XIX, sobretudo em virtude da formação de seu corpo médico. A medicalização pode ser vista também como parte do papel da elite em orquestrar a educação do pobre e sua mudança de costumes (SANGLARD, 2007).

Para os filantropos franceses oitocentistas, a distribuição de cuidados médicos gratuitos era mais uma forma de assegurar a ordem social. Nesse sentido, a medicalização era uma estratégia para o alcance do objetivo principal. [...] Algumas instituições filantrópicas e de caridade, contudo, elegeram os cuidados médicos como sua bandeira principal, como foi o caso da Euvre des Pauvres Malades – um dos braços da Sociedade de São Vicente de Paulo que cuidava dos doentes da periferia de Paris e chegou a contratar médicos para atender a seus doentes pobres – ou da Société Philanthropique de Paris, entre outras que se dedicaram aos cuidados aos doentes excluídos dos hospitais ou mesmo aos convalescentes. (SANGLARD, 2007, p. 17)

A medicalização alcançou também as “obras de caridade”: “ao lado das sopas, do pão, do carvão, do vestuário e do abrigo, as visitas médicas e a distribuição de remédios passaram a fazer parte do cotidiano dessas instituições”. Estabelecerá o indivíduo como um valor absoluto e o corpo doente será a base do modelo de atuação, forma de controle social (SANGLARD, 2007, p. 17).

Cullen (2013, p. 556) retoma o desempenho da Sociedade de Organização da Caridade (SOC) na Inglaterra frente ao desenvolvimento do setor de caridade médica, que teve papel no estabelecimento da função do “almoner”, prática considerada precursora do Serviço Social no hospital. Afirma que o setor hospitalar de caridade e voluntário daquele país pode creditar às SOCs o impressionante crescimento das instituições médicas nos séculos XVIII e XIX. Hospitais foram financiados por uma combinação de subscritores, doações, legados e fundos. Também foram contratados em parte por consultores médicos e cirurgiões que trabalharam de forma gratuita para atender a sua comunidade e adquirir a

experiência do trabalho. Nesse caso, “eles deveriam tratar a pobre classe trabalhadora ‘respeitável’ que, até o final do século XIX, foi admitida principalmente como resultado de cartas de recomendação enviadas por assinantes ou governadores”. Sem uma carta, os pacientes só seriam aceitos em caso de emergência.

No Brasil, ser um irmão da Misericórdia, maior expressão da interconexão da saúde nesse complexo setor “social” no país em termos de ascensão da político-institucional, também era símbolo de prestígio e refletia a hierarquia social da época. Contudo, nesse contexto, não foi pacífica a convivência entre a medicina (nos seus esforços de obtenção do controle desse espaço) e a caridade, se observado o caso das Irmandades de Misericórdia. O processo de medicalização do hospital teve que correr em paralelo ao processo de laicização da assistência. Além de as próprias normas das irmandades sustentarem essa relação, as freiras, por exemplo, tinham importante espaço nas funções administrativas (supervisão de compras e administração), de enfermagem (alimentação e cuidado com os doentes) e mesmo de trânsito pelas enfermarias. A criação de hospitais especializados (separação entre loucos e doentes, por exemplo), a restrição à aceitação de portadores de moléstias contagiosas e dos considerados incuráveis no hospital foram vitórias dos médicos nesse processo. O processo de ascensão e expansão das atividades público-estatais contribuiu para o enfraquecimento do poder das obras confessionais, assim como ocorreu na Europa. Nesse contexto, aceleraram-se, igualmente, os processos de profissionalização dos trabalhos (SANGLARD, 2007).

No Brasil, o controle do hospital pelos médicos dá sinais definitivos já na segunda década do século XX, quando outros espaços de cura (como policlínicas e ambulatórios) também já ocupavam a cena pública, tendo como foco a prevenção e a cura sob a pauta do higienismo. Nesse contexto, estabelece-se uma nova “mentalidade médico-assistencial”: “a medicina passa a ser vista como instrumento de melhoria das condições de vida, e *resultado* de um processo, em que a terapêutica suplanta a caridade na gestão hospitalar”. Para além da disponibilidade de novos espaços de atenção fundados pela iniciativa do poder público e voltados à população para dar conta de problemas como a insuficiência de leitos, o projeto era também disponibilizar espaços adequados à formação profissional, naquele momento para médicos e enfermeiros, o que se concretiza na década de 1930 (SANGLARD, 2007, p. 30, grifo da autora).

4. ASPECTOS FUNDAMENTAIS DAS PRÁTICAS TRADICIONAIS EM SAÚDE

A inserção do Serviço Social na saúde e sua atuação se particularizam em torno de um objeto/matéria sobre o qual incide sua ação e que se articulam no processo de configuração de sua demanda por outros profissionais. Esse objeto é reconhecido pelo desenvolvimento de um setor homônimo: o “social”. Como setor, segundo abordado no capítulo anterior, nasce do entrelaçamento das intervenções que visam negociar compromissos entre as forças que comprometem o pleno estabelecimento e o avanço do projeto social hegemônico da burguesia. O setor “social”, enquanto conjunto de práticas, visou atenuar o “déficit que caracteriza o estado material, porém mais ainda moral, das classes inferiores da sociedade” (CASTEL, 1998, p. 314). A burguesia liberal atentou aos fatores de desordem e de desintegração social e deu visibilidade às novas instituições e agentes, cujas funções conectivas e organizativas atrelam-se à progressiva ação do Estado na regulação da vida social, particularmente sobre as falhas da sociabilidade primária. Serão definidos públicos que receberão assistência e agentes com mandatos definidos para assistir; práticas serão tecnificadas; organizações serão criadas, desenvolvidas e abastecidas.

Nesse setor “social”, houve espaço para o cuidado da doença-saúde, admitindo-se que as sociedades capitalistas só se viabilizam à base de relações e princípios que lhe garantam estabilidade; a saúde conquistar seu status de direito deriva da necessidade de controle da doença e de recuperação da força de trabalho. Muito embora o “social” tenha se colocado a enfraquecer a possibilidade de avanço de uma força oposicionista ao capitalismo, nessa direção, o direito e o “social” também podem se posicionar como racionalidade contra-hegemônica.

Contudo, compondo as estratégias hegemônicas, buscaram-se, no estudo de Foucault (1977) sobre a clínica, as tendências de organização das relações e das práticas no campo da saúde. Para Foucault (1977), que se preocupava com as técnicas de gestão dos homens, a clínica é o grande vetor através do qual a medicina, pela anatomia patológica, estabelece um indivíduo como objeto de conhecimento para as ciências.

A saúde tem como importante referência o campo nosológico estruturado a partir da clínica. Nessa direção, o indivíduo será o paciente e será o portador da doença e, essa sim, será objeto de observação sistemática. Exame e interrogatório do paciente e raciocínio clínico para o diagnóstico confiável serão espelhos para outras profissões que se

seguirão aprofundando sua atuação nessa área. Outras profissões, como o Serviço Social, terão o espaço da saúde mais estruturado com o advento da medicina preventiva e a organização das práticas profissionais em torno de modelos etiológicos que colocam no centro dos processos os indivíduos e as famílias. Ao retomar essas questões que se colocam fundamentais às práticas em saúde, retoma-se também como o Serviço Social ganhou espaço nos serviços de saúde no Brasil a partir de sua expansão, que teve na caridade e na filantropia marcas da sua organização, assim como no setor “social” como um todo.

4.1 Clínica, Medicina Preventiva e Higiene

Para Foucault (1977), pelos fins do século XVIII, o hospital e o método clínico compuseram não um momento histórico, mas um sistema de reorganizações, o princípio de articulação de um novo recorte e uma nova linguagem da “ciência positiva” que fez a experiência do médico se reorganizar de forma sistemática acerca de um novo perfil do perceptível e do enunciável:

Nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (isolamento, por exemplo, do *tecido*, região funcional de duas dimensões, que se opõe à massa, em funcionamento, do órgão e constitui o paradoxo de uma “superfície interna”), reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (uma gramática dos signos substituiu uma botânica dos sintomas), definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos (por oposição ao emaranhado das espécies nosológicas), articulação da doença com o organismo (desaparecimento das entidades mórbidas gerais que agrupavam os sintomas em uma figura lógica, em proveito de um estatuto local que situa o ser da doença, com suas causas e seus efeitos, em um espaço tridimensional). (FOUCAULT, 1977, p. XVII, grifos do autor)

O hospital foi preparado para reproduzir, como um microcosmo, a configuração do mundo patológico: “sob o olhar do médico de hospital, as doenças serão agrupadas por ordens, gêneros e espécies, em um domínio racionalizado que restitui a distribuição originária das

essências”. Para além de um campo nosológico estruturado, em um cenário de combate aos profissionais charlatães, de estabelecimento de formas de controle da formação e do exercício da profissão médica e de abastecer o exército de profissionais médicos, a clínica conduzirá e organizará uma determinada forma do discurso médico (não inventará, não será simples conhecimento de casos). A clínica será “modo de ensinar e ‘dizer’, que se tornou maneira de aprender e de ‘ver’”. A verdade será ensinada por si mesma. O olhar, além de constatar, descobre. A transmissão da verdade abandona o dogmatismo; e o lugar da formação dessa verdade será o hospital. Nele, o fato patológico precisa aparecer em sua singularidade de acontecimento e na série que o cerca. Lá, os doentes são examinados e é, em si mesmo, a escola. “A necessidade do verdadeiro que se impõe ao olhar vai definir as estruturas institucionais e científicas que lhe são próprias” (FOUCAULT, 1977, p. 46; 71; 77).

A verdade está sob provas e pode ser alcançada a partir da observação, experimentação e análise. Para Foucault, na (e para) assunção da medicina moderna, o olhar ou a visibilidade passa a instrumento metodológico e busca extrair o que se oculta por trás das imagens. Trata-se de ir além do que está sendo visto. A clínica aglutinou a forma de ciência e a forma de pedagogia para essa prática que se define como saber múltiplo da natureza e conhecimento do homem em sociedade. A clínica deu vida concreta às aplicações da análise. Ela introduziu no domínio patológico as estruturas gramaticais (análise dos signos, que significa a transferência de formas de inteligibilidade) e as estruturas probabilísticas (que se firma no princípio de coerência e formalização). Desse modo, no hospital, a verdade será indicada por si pelo caminho da repetição (campo de probabilidades) e, como a doença falará uma linguagem, a clínica dará um sentido ao olhar sistemático e à palavra. Foucault (1977, p. 138) assim define a essência do “olhar clínico” na passagem da medicina dos sintomas para uma medicina que se volta para anatomia patológica²⁵ (já adentrando o século XIX) e na distinção de um golpe de vista qualquer (contato puramente ideal):

²⁵ A anatomia-patológica compreenderá a doença como um desvio interior da vida. A doença será apenas a forma patológica da vida. O signo não será mais o sintoma, mas o ponto de encontro entre os gestos da pesquisa e o organismo doente. O problema é fazer aflorar à superfície o que se dispõe em camadas na profundidade. Desse modo, o olhar médico torna-se absoluto e integrador pelo domínio de todas as experiências perceptivas (FOUCAULT, 1977).

O olhar, com efeito, implica um campo aberto e sua atividade essencial é da ordem sucessiva da leitura: registra e totaliza; reconstitui, pouco a pouco, as organizações imanentes; estende-se em um mundo que já é o mundo da linguagem, e por isso se aparenta espontaneamente com a audição e a palavra; forma como que a articulação privilegiada dos dois aspectos fundamentais do *Dizer*: o que é dito e o que se diz. [...] O olho clínico descobre um parentesco com um novo sentido que lhe prescreve sua norma e sua estrutura epistemológica; não é mais o ouvido atento para uma linguagem; é o índice que apalpa as profundezas. (FOUCAULT, 1977, p. 138)

O avanço da anatomia patológica colocará o indivíduo em outro patamar. Enquanto a clínica abarcava os casos no sentido de suporte semântico e buscava filtrar as individualidades²⁶, a anatomia patológica os integrará pela constante possibilidade de um ajuste a manifestação individual da doença. A medicina perseguirá no movimento qualitativo a conquista da individualidade patológica. A percepção da clínica anátomo-patológica tem como figura central o invisível visível. “Trata-se do *visível* que a individualidade viva, o cruzamento dos sintomas e a profundidade orgânica tornam invisível, de fato e por um tempo, antes da soberana retomada do olhar anatômico. Mas trata-se, também, do *invisível* das modulações individuais [...] que o esforço de uma linguagem incisiva, paciente e roedora, oferece, finalmente, à clareza comum do que é para todos *visível*” (FOUCAULT, 1977, p. 195, grifos do autor).

Sob o poder soberano do olhar empírico da ciência médica, tem-se o espaço da experiência aberto tão somente à evidência dos conteúdos visíveis. O que cria a possibilidade de uma experiência clínica é justamente a aplicação de um olhar sobre a doença que lhe confere objetividade. Há sempre no corpo doente um *a priori* concreto possível de ser desvelado. Porém a análise não se faz no sentido de um aprofundamento indefinido, de maneira que deslizará para a diferenciação das qualidades individuais. “O princípio da visibilidade tem por correlato o da leitura diferencial dos casos”; ou seja: à estrutura da doença, integra-

²⁶ “O método analítico considerava o “caso” em sua única função de suporte semântico; as formas da coexistência ou da série em que era tomado permitiam anular o que poderia comportar de acidental ou variável; sua estrutura legível só aparecia com a neutralização do que era essencial” (FOUCAULT, 1977, p. 192).

se a possibilidade de uma modulação individual, que faz da enfermidade um desvio perpétuo no interior de sua natureza essencialmente desviante (FOUCAULT, 1977, p. 192).

Para Foucault (1977), a percepção dos casos é uma armadura técnica fundada em alguns momentos: a) a complexidade da combinação: cada caso deve ser analisado segundo princípios de uma combinação de elementos. Cabe ao médico analisar uma composição, determinar os elementos envolvidos e a forma com que se relacionam; b) o princípio da analogia: se relaciona a um isomorfismo de relações entre elementos que permite “identificar” uma doença em uma série de doentes. A doença é uma “figura complexa” na coerência de uma unidade; c) a percepção das frequências: a certeza do conhecimento médico acontece à medida que se alcança uma densidade quantitativa. As variações não são excluídas. Elas se integram pela probabilidade. O anormal é forma de regularidade. Não há um observador único. O “observador” é a totalidade de observadores. O domínio dos acontecimentos se dá pela estatística; d) o cálculo dos graus de certeza: a clínica introduziu no domínio patológico a aplicação da análise a partir de estruturas gramaticais (análise dos signos) e probabilísticas.

O processo de produção individual da doença é central no objeto da clínica, partindo do reconhecimento de um agente mórbido (ou conjunto de agentes) que atua sobre o corpo individual, mesmo que socialmente determinado, em que se provocarão modificações, exacerbações, processos novos e até lesões em vários níveis. “Trata-se aqui do objeto doença, construído em um processo de raciocínio modal enquadrado nos parâmetros da fisiopatologia, tendo a biologia como sua legitimadora em termos de cientificidade” (ALMEIDA FILHO, 1993, p. 40).

Na esteira do estabelecimento das práticas nessa fronteira, se estabelecerá a biomedicina, inaugurando um dualismo entre o corpo – representado pelo que é material e objetivável – e o homem – os aspectos espiritual, social e psicológico. Essa é uma “tensão estruturante” da prática médica que se estabelece na utilização de sinais e sintomas como indicações de alteração do organismo adoecido. Na sua constituição, o saber biomédico ainda dividiu três totalidades: o médico, o paciente e a relação entre eles (BONET, 1999; AREDES & MODESTO, 2016).

A investigação foucaultiana decifrou, no nascimento da clínica, um projeto que deu centralidade ao corpo e à verdade. A clínica instrumentalizada e instrumentalizadora ofereceu eficácia à intervenção médica em um projeto de medicalização que deu ao hospital possibilidade

de ser o lugar de novas práticas e sua especialização. Conectados por essas instituições, sob a égide da formação científica moderna, novos intelectuais da saúde, referenciados na figura do médico, farão com que a medicina busque o monopólio do que tem a ver com a saúde, de modo que todas as intervenções médicas se tornam possíveis, colonizando amplamente a vida cotidiana dos indivíduos sob a prometida saúde e prolongação da vida. Estabelecerá o indivíduo como um valor absoluto; e o corpo doente será a base do modelo de atuação (CERCHIARO, 2008).

A semiologia médica²⁷ será referência para a organização das práticas que emergiram com o passar do tempo na saúde. O hospital e a hospitalização de sujeitos viabilizaram o desenvolvimento de uma tecnologia e de um novo tipo de poder na instituição. Novos mandatos profissionais foram construídos. No século XIX, estabeleceram-se a medicina moderna e a abordagem sistemática para o caso clínico. Exame e interrogatório do paciente se tornarão as principais armas para o diagnóstico confiável. O raciocínio clínico será o elaborado pelo médico e o fará chegar a um diagnóstico para combater a doença e restaurar a normalidade do organismo. O raciocínio clínico é atualmente identificado como uma função essencial da atividade médica e implica a utilização de um método cognitivo de resolver problemas muito semelhante ao método científico hipotético-dedutivo (RÉA-NETO, 1998)²⁸. Trata-se de um

²⁷ A semiologia médica é uma disciplina no campo da Medicina destinada ao estudo dos métodos e procedimentos do exame clínico. Para a Medicina ocidental, é na procura dos sintomas e sinais que o médico coordena todos os elementos para construir o diagnóstico e deduzir o prognóstico. Os sintomas são as sensações desagradáveis descritas pelos pacientes. Os sinais são os aspectos constatados objetivamente pelo médico. Na análise de Ferreira (1994), no que se refere aos sinais, a observação do paciente desde o primeiro momento de contato (o trajar e o falar, por exemplo) já é elemento de análise para o médico. Para a autora, retomando a análise foucaultiana, nessa observação, o médico tem uma função instrumental, “onde a visão, o tato e a audição fazem com que um mal inacessível seja trazido à superfície, sendo deixado à mostra. Os sinais visíveis para o médico englobam desde a expressão facial, a marcha, a postura corporal e tudo o que recobre o tecido da pele e membranas. O tato permite demarcar tumores ou massas viscerais, e através do ouvido clínico pode-se perceber sons advindos do tórax ou abdômen. Assim, para Foucault, a medicina é uma ciência do olhar, que se desdobra com o advento da anatomia patológica. Quando o médico observa, com todos os seus sentidos, há uma especificidade do olhar que lhe confere um saber distinto” (FERREIRA, 1994, p. 104).

²⁸ Para Réa-Neto (1998, p. 301), “o método hipotético-dedutivo também pode ser chamado de método crítico ou da tentativa e erro e foi descrito por Popper no

“método de classificação de uma enorme massa de detalhes confrontados com um caso individual” (FREIDSON, 2009, p. 194). Classifica interconexões entre os fatos e percebe as hipóteses. Contudo, para garantir a eficácia e a eficiência de sua abordagem, a Medicina trouxe para o campo da saúde um crescente número de técnicos especializados e prestadores de serviço. A clínica médica se valerá predominantemente da atenção individual, mas, para ser eficaz, descobre precisar absorver o social e o subjetivo, assim como atuar com práticas de prevenção e promoção à saúde. Nesse contexto, a Medicina se manteve no controle do conjunto lógico da organização moderna dos serviços profissionais em saúde, assim como garantiu uma divisão tecnologicamente diferenciada de trabalho para permanecer no lugar do controle e do domínio. A expansão de sua autoridade em torno da vida fez com que se tornasse protótipo de *status* entre demais profissões e ocupações na área (FREIDSON, 2009).

No início do século XX, a lógica do biologicismo, cuja explicação central da etiologia é a do evento físico, como a exposição ao microrganismo, e do modelo de atenção baseado na clínica, em que prevalece a perspectiva da doença e a atenção hospitalar, se estabelecem reorganizando o ensino médico, o que ficou marcado pelas proposições de Abraham Flexner²⁹.

início do século. Apresentado o problema, o investigador lança uma hipótese para explicá-lo. Depois, deduz[em]-se da hipótese os testes com potencial para refutá-la. Se o resultado dos testes refutar a hipótese, ela é eliminada. Se o resultado dos testes não refutar a hipótese, ela é suportada ou corroborada”. Para o mesmo autor, “o sucesso na resolução do problema do paciente, que é o objetivo de todo o processo, é a obtenção de um diagnóstico correto e de um tratamento efetivo. A solução desse problema é caracterizada por duas grandes fases de tomada de decisão: a designação de um diagnóstico num nível de especificidade adequado para as considerações terapêuticas e a seleção de um tratamento que afete o problema de forma a resolvê-lo ou aliviá-lo” (RÉA-NETO, 1998, p. 302).

²⁹ “Essa educação científica em saúde foi adquirindo um caráter instrumental e de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, em especial nas intervenções por procedimentos e mediante o uso de equipamentos, onde a saúde fica compreendida como ausência de doença. Uma educação de caráter instrumental e recortada passou a determinar conteúdos e uma forma de disponibilizá-los. Os conteúdos cristalizados em disciplinas fragmentadas, subdivididas em ciências básicas e ciências clínicas, área biológica e área profissional, conhecimentos aplicados e conhecimentos reflexivos. Dessa concepção de formação decorreu uma prática pedagógica que tomou o acesso à

Porém, além das proposições de Flexner presentes no relatório publicado em 1910, quase que paralelamente se seguiram outros movimentos da Medicina e do ensino médico. A Medicina Preventiva foi um movimento de grande expressão nesse período, particularmente entre 1920 e 1950³⁰. Com ele, introduziram-se nas instituições novas práticas e novas estratégias de intervenção, assim como o reconhecimento de práticas já estabelecidas, como a atuação de outros profissionais junto à equipe médica (enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas). A institucionalização da demanda de atuação de outros profissionais se deu no contexto da necessidade da medicina desenvolver e adquirir novas habilidades (PEREZ, 2004; AROUCA, 1975).

Assim, a presença de novos agentes e novas funções foi influenciada pelo modelo de desenvolvimento, pelas transformações no saber médico e pela ingerência internacional do movimento de saúde pública preventivista estabelecido nos EUA, sendo favorecido por convênios internacionais firmados no período nessa área. Nesse movimento, expressou-se também um novo papel para o Serviço Social, com uma reorientação das práticas profissionais (CERCHIARO, 2008).

A Medicina Preventiva nasce da Higiene em seu encontro com a Prática Médica. Ocorre, segundo Arouca (1975), que a divisão técnica e social do trabalho, a compartimentalização do conhecimento em disciplinas e ciências, realizando cada qual um recorte sobre o saber, fazem com que a higiene, como projeto de síntese, se dissolva em suas partes. A higiene é absorvida na multiplicidade das disciplinas. “O projeto da Higiene, em uma sociedade dividida em classes, com o conhecimento monopolizado no interior das profissões, fez com que na prática a Higiene fosse dissolvida e no ensino fosse substituída pela Medicina Preventiva” (AROUCA, 1975, p. 72-73).

informação como sinônimo de construção do conhecimento, embasada numa visão de corpo, saúde, doença e terapêutica reduzida, partida e, sobretudo, estática” (CARVALHO & CECCIM, 2006).

³⁰ Arouca (1975, p. 73-74) destaca que, entre 1922 e 1950, expandiu-se a organização de departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, tema que, desde 1922, era presente no currículo das escolas médicas na Grã-Bretanha. Logo, as experiências começaram a ser divulgadas no meio científico. Para o autor, a sucessão cronológica da Medicina Preventiva pode ser dividida em duas fases: a primeira, “que se inicia após a Primeira Grande Guerra, com a reforma dos currículos das escolas médicas na Grã-Bretanha e a segunda fase, após a Segunda Grande Guerra, com a realização dos Seminários Internacionais sobre Medicina Preventiva”.

No fluxo da monopolização do conhecimento no interior das profissões, a higiene bem culminou com o exercício de medidas de controle e de autoritarismo (LAROCCA & MARQUE, 2005). Segundo Cerchiaro (2008, p. 41), à base da consolidação do “higienismo”, assentaram-se mudanças institucionais que respondem a novas formas de conceber e atuar frente à realidade social. Entre as transformações mais relevantes, está a crescente tendência a codificar um vasto conjunto de problemas sociais – principalmente os vinculados às condições de vida dos setores pobres urbanos – em termos sanitários.

Arouca (1975), apoiado em estudos da época, aponta que o surgimento da medicina preventiva esteve ligado a questões como: o reconhecimento pela medicina que as dimensões biológica e físico-química não esgotavam a problemática médica, expondo, assim, a necessidade de revisão e ampliação do conhecimento médico através da incorporação de novas ciências; mudanças nas sociedades modernas fizeram com que a saúde deixasse de representar uma variação da doença, seu estado negativo, para constituir um valor positivo das coletividades humanas, uma reivindicação social e um índice de civilização. Nesse caminho, a ascensão e a valorização da saúde se deram juntamente à ascensão de um veículo para imputar e difundir esse valor: um corpo organizado de profissionais que reivindicam jurisdição sobre esse valor também para criar suas próprias noções especializadas sobre doença (FREIDSON, 2009).

Arouca (1975) compreende que a Medicina Preventiva se formou a partir de três vertentes: a Higiene; a questão do aumento dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940; e, por último, o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica. Abre-se um novo jogo de espacializações em que o social se estabelece na ordem da causalidade dos fenômenos mórbidos. Além disso, essa nova totalidade, uma totalidade ecológica, leva o médico a ampliar o alcance de suas relações, “ultrapassando o paciente chega-se à família, à comunidade e preparando-se o campo para uma transformação da educação médica”. Opera-se a delimitação do objeto cujo enfoque recai sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, “que simultaneamente delimita aquelas condições determinantes das doenças que devem ser estudadas e o espaço das atribuições médicas”. Sob a lógica da Medicina Preventiva, introduz-se um discurso sobre a prática grupal ou trabalho em equipe. O médico deve estabelecer novas relações de trabalho e, desde o seu processo de formação, sob a lógica da prevenção, o médico adquire novas

habilidades, trabalhando em equipe com outros médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros (AROUCA, 1975, p. 87; 82).

A Medicina Preventiva, no horizonte da intelectualidade dos cientistas do saber prático no mundo moderno, será primordial na difusão pelo espaço social dos cuidados do médico, mas também de outros profissionais, através do novo conjunto de atitudes e relações, principalmente com indivíduos e famílias. Sobre as transformações do saber médico nesse período, Cerchiaro (2008) destaca a progressiva endogenização dos modelos etiológicos, no sentido da perda relativa de espaço dos fatores que explicam os problemas de saúde como produto do meio social. Aqueles princípios interpretativos que fundaram a saúde pública e a medicina social modernas – e propugnavam o reconhecimento da saúde como um problema social e político de dimensões macroscópicas – perdem terreno para as interpretações que outorgam um alto valor etiológico ao ambiente familiar e à responsabilidade do indivíduo na gestão de ambientes mais higiênicos e saudáveis.

Como também aponta Freidson (2009, p. 250; 255), a etiologia será sempre uma imputação e não um fato. Nesse processo, na doença, o homem tende a ser considerado responsável por sua má conduta. “Quando não é considerado responsável, mesmo se seu comportamento não corresponder ao esperado e exija, então, algum tipo de controle, é provável que nos ocupemos dele para educá-lo, tratá-lo ou, no máximo, lhe impor uma limitação muito permissiva”.

Esta virada nos modelos etiológicos, segundo Cerchiaro (2008), é componente do movimento associado à epidemiologia moderna, que internacionalmente afetou a percepção e novas respostas sociopolíticas aos problemas de saúde. É o momento em que, além do meio externo, é preciso se voltar aos indivíduos e como as fontes da enfermidade se localizavam no próprio homem. Essa reorientação atravessou não só a prática médica, assim como foi também permeando as práticas e discursos das profissões ligadas fortemente ao campo sanitário, donde se pode situar o Serviço Social.

4.2 A emergência do Serviço Social pela óptica das instituições e práticas tradicionais em saúde

O Serviço Social nasce no bojo do desenvolvimento de uma intelectualidade voltada à viabilização do projeto social fundamentado no capital. Novas e eficientes alianças progrediram, de modo que o Serviço

Social chegasse a compor e participar eficazmente do “social”, que paulatinamente domesticou o mercado e humanizou o capitalismo pela constituição de novas regulações sociais. Nos termos de Netto (2011a, p. 70), o processo de profissionalização do Serviço Social ocorre sob a tutela do pensamento conservador na relação de continuidade entre as formas filantrópicas e assistenciais desenvolvidas desde a emergência da sociedade burguesa, mas também pelo rompimento com elas. A relação com as formas filantrópicas e assistenciais “compreende um universo ideológico-político e teórico-cultural, que se apresenta no pensamento conservador, de outro, envolve modalidades de intervenção características do caritativismo”. A Igreja Católica desempenhou papel crucial nos dois âmbitos. Essa relação de continuidade coexiste com uma de ruptura, quando os agentes do Serviço Social desenvolvem atividades cuja dinâmica, organização, recursos e objetivos são determinados por organismos e instâncias alheias a essas matrizes originais das protoformas do Serviço Social, ainda que esses agentes discurssem sobre a autonomia de seus valores e vontades.

O princípio da solidariedade como diretriz ordenadora das relações sociais, que obscurece as relações fundamentais da qual emerge a questão social, se atrela à filosofia social humanista cristã e, juntamente com procedimentos de intervenção, compõe um arranjo teórico-doutrinário-operativo sob qual se assenta o Serviço Social (IAMAMOTO, 1994). O setor “social”, organizado sobre a naturalização das relações sociais, é compelido a buscar o que Netto (2011a, p. 45) afirma como uma “especificação do ser social” que se localiza na esfera da moral. “Naturalizada a sociedade, o específico do social tende a ser situado nas suas dimensões ético-morais – e eis que se franqueia o espaço para a psicologização das relações sociais”.

A saúde nesse setor teve como marca, no seu desenvolvimento, a racionalidade acerca do reconhecimento da doença como problema político-social, passando a fincar como projeto de saber e intervenção o indivíduo/corpo doente, cuja intervenção igualmente se baseará na singularidade. O hospital será a instituição privilegiada para prática, ensino e construção de saberes. Como instituição que participa do processo hegemônico – cujo sucesso decorre também da capacidade de estar atento e ativo à maneira como as pessoas vivem, acessam serviços/tecnologias/insumos capazes de lhes garantir, melhorar ou prolongar a vida – coube nela abarcar no início do século XX o Serviço Social.

A entrada do Serviço Social no hospital está associada à aliança embrionária entre a caridade e a filantropia e a organização da assistência à saúde dos pobres, expressão da dinâmica político-cultural-hegemônica, cuja articulação ganha novos elementos no século XVIII a partir da medicalização, como abordado no capítulo anterior. Muitos hospitais se originaram de serviços ambulatoriais organizados por sociedades de caridade. A Westminster Charitable Society, por exemplo, fundou, em 1715, um dispensário, com serviço médico gratuito e pagamento das receitas pelo preço de custo para pobres. Tal iniciativa resultou no estabelecimento do Hospital de Westminster poucos anos depois. Outras experiências se seguiram na Europa³¹ e na América do Norte (BRASIL, 1965).

No Brasil, o modelo assistencial expandiu-se principalmente pelas ações das Irmandades de Misericórdia. Esse modelo envolvia a Igreja, particulares e, inicialmente, a Coroa Portuguesa para o apoio e o financiamento das suas atividades. O exercício da caridade pelas Irmandades gerava um jogo de legitimação, pois os sujeitos incluídos, em geral, formavam “núcleos de poder” político-financeiro. Além de orfanatos, abrigos, havia uma ênfase na prestação de serviços de saúde. A atenção hospitalar ganha rumos diferentes da atenção caridosa aos desafortunados a partir das reformulações integradas pela filantropia higienista no século XIX. Um projeto de assistência médico-filantrópica articulada às ideias de progresso e civilização ancoradas no conhecimento “mais racional” dos problemas sociais. A República intensificou a ânsia de progresso. Médicos e engenheiros assumiram a “cultura da reforma” (RANGEL, 2013).

A relação com a medicina é característica da prática filantrópica também no Brasil. No caso do Rio de Janeiro, então capital federal, nos cerca de 40 anos da Primeira República, foram vários os exemplos de ações filantrópicas: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (1889); a Policlínica de Botafogo (1899); a Liga Brasileira contra a Tuberculose (1900); a Policlínica das Crianças (1909) e o Hospital São Zaccharias (1914), ambas obra da Santa Casa da Misericórdia carioca; a ação de Guilherme Guinle na criação do Hospital Gaffrée e Guinle (1924-

³¹ “Em 1729 e anos seguintes, instalaram-se as ‘Royal infirmary’ em Edimburgo, Winchester, Aberdeen e os hospitais: ‘Guy’ (1724), ‘Telvis Street’ (1728); ‘S. George’ (1733), ‘London’ (1740), ‘Middlesex’ (1745), ‘Lying In’ (1745), ‘British Lying-In’ (1749), ‘City of London Lying-In’ (1750), ‘Manchester’ (1753). O ‘Hospital de caridade de Berlim’ é de 1710 e o ‘Allgemeines Krankenhaus’, de Viena, data de 1795” (BRASIL, 1965, p. 46).

1929) e do Hospital e Instituto do Câncer (1927-1936) (SANGLARD; FERREIRA, 2014).

Alianças como essa, próprias desse híbrido que é o setor “social”, permitem o estabelecimento dos hospitais como instituições de interesse público comandadas pela medicina, num jogo de legitimação. Esse contexto de alianças, em que se busca atenção “racionalizada” aos problemas sociais, fará o hospital abrigar o assistente social em seus quadros.

No final do século XIX, o hospital era uma estrutura de grande proporção e de complexa administração. Era o local para manutenção dos “curáveis”, de oferta de serviços a serem remunerados ou garantidos por meio da caridade. Assim, a inserção do Serviço Social no hospital acontece no início do século XX e responde a duas tendências da época: a) a possibilidade de se incorporar e se integrar às práticas de atenção aos pobres de uma forma profissional, pois programas e serviços já eram disponibilizados para atendimento à população; b) e, complementarmente, responder às requisições de eficiência e eficácia do projeto médico em expansão via “tratamento do social”.

Na Inglaterra, a atividade considerada precursora do Serviço Social no hospital moderno foi a de “Lady Almoner”³². Essa atividade teve início em 1895 no Royal Free Hospital e era realizada por uma ex-funcionária da Sociedade de Organização da Caridade (SOC). As SOCs desempenharam um papel importante no chamado “setor de caridade médica”. Nessa época, estavam em pauta discussões sobre a superlotação de departamentos hospitalares ambulatoriais e do abuso da caridade, visto que os serviços gratuitos estavam sendo utilizados por quem poderia contribuir financeiramente com o tratamento. Argumentava-se que a caridade indiscriminada desmoralizou aqueles que a receberam e incentivou hábitos de preguiça e dependência. Buscando melhor eficiência, foi preciso persuadir as instituições de caridade para coordenar e concentrar seus recursos aos pobres mais qualificados de fazer uso deles (CULLEN, 2012).

O propósito do trabalho do “almoner” era realizar testes de meios em pacientes para determinar se eles eram elegíveis para receber tratamento médico gratuito e, assim, determinar se eles deveriam

³² O termo “almoner” significa “funcionário real encarregado da distribuição de esmolas”.

contribuir ou não para o custo de seu tratamento³³. Cabia também ao “almoner” encaminhar os pacientes para outros meios relevantes de assistência além do hospital. Assim, o “almoner” também atuou como um intermediário entre o hospital voluntário e uma rede mais ampla de caridade. A primeira “Lady Almoner” dependia das atividades ofertadas pela SOC para localizar e organizar formas de assistência de caridade para os pacientes atendidos no hospital. Também encaminhava pacientes para vários grupos religiosos de assistência de caridade não médica (CULLEN, 2012).

Outra experiência pioneira, aí já considerada como Serviço Social, ocorreu em 1905 no Massachusetts General Hospital, Boston, Estados Unidos. O Serviço Social iniciou sua atuação a partir do desejo dos médicos em melhor conhecer os antecedentes e o ambiente onde viviam os pacientes. “Além do estudo dos antecedentes e do ambiente, assegurava também o atendimento ao tratamento, o *follow-up* depois da alta, e o preparo da família para receber o paciente ao sair do hospital e ajudá-lo a voltar à normalidade” (VIEIRA, 1980, p. 67).

Os primeiros assistentes sociais nos Estados Unidos em geral foram solicitados por médicos, dirigentes das instituições. Utilizaram, como justificativa para a inserção do assistente social no hospital, o reconhecimento de que a pobreza e a falta de educação agravam a doença. O desejo dos médicos por melhores e duradouros resultados às suas intervenções levou à origem do Serviço Social no hospital. “Estos médicos encontraron que la comprensión social daba más fuerza a su diagnóstico y que las readaptaciones sociales hacían su tratamiento más eficaz”. Compartilhando o objetivo da medicina, a recuperação dos doentes, os assistentes sociais atuavam em grande número nos ambulatorios, mas também nas enfermarias. Sabia-se que, mesmo separado de sua casa e famílias, não se podia separar o paciente de seus

³³ Na virada do século XX, considerando a experiência inglesa, foram incorporados aos rendimentos dos hospitais contribuições e pagamentos de pacientes pelos serviços prestados. Com o avanço da tecnologia e das formas de assepsia, havia uma classe média que já procurava receber atendimento no hospital. Particularmente nos anos entre guerras, entendia-se que as contribuições dos usuários eram ainda mais importantes, pois era um ativo dever cívico para apoiar financeiramente o sistema em tempos de doença, que não tinha muito controle sobre os serviços prestados. O paciente cidadão pré *Nacional Health Service* (sistema público de saúde inglês, um dos mais antigos do mundo) não era, portanto, um cidadão consumidor ou um cidadão de bem-estar. Era um cidadão contribuidor (GOSLING, 2017).

“problemas pessoais”. Também era foco a ajuda aos pacientes com doenças neurológicas, doenças venéreas e tuberculose. Um dos objetivos do Serviço Social era "tornar eficaz o atendimento médico" e, em particular, "curar a tuberculose"³⁴. Os pacientes eram encaminhados pelos médicos dos dispensários ao assistente social. Os assistentes sociais apoiavam o acompanhamento do paciente em tratamento para tuberculose, pois não havia leitos de internação suficientes para manter os pacientes no hospital. Visava-se à organização e à higiene da casa, assim como ao fortalecimento da família. A atuação na psiquiatria também ganhou relevância no período. Cabia ao assistente social ajudar o paciente a se reajustar à vida normal. Paulatinamente, a família foi incluída para ser preparada a “aceitar o doente” após a alta hospitalar (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2017; RICHMOND, 1977, p. 140; VIEIRA, 1980).

A primeira assistente social contratada no Massachusetts General Hospital havia trabalhado como enfermeira visitante. Seu trabalho no Departamento de Serviço Social Médico era voltado ao reconhecimento das necessidades do paciente no hospital e ao encaminhamento aos serviços comunitários. Muitos médicos eram membros das SOCs. A articulação com essas instituições garantia que os pacientes recebessem itens necessários aos seus cuidados, como óculos, roupas, medicamentos. Cabia ao assistente social fazer o trabalho de arrecadação de fundos. As primeiras experiências no hospital desencadearam programas educacionais, campos de estágio, pesquisas. No início do século XX, cerca de 350 hospitais nos Estados Unidos possuíam Departamento de Serviço Social (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2017; JOHNS HOPKINS MEDICINE, 2017; RICHMOND, 1977).

³⁴ “A tuberculose representava um terço de todas as mortes de pessoas com idade entre quinze e cinquenta e quatro, infligindo uma forte pressão emocional e econômica em pacientes e famílias. Uma vez que foi revelado como uma doença transmissível, um comitê de assistentes sociais investigou os correlatos sociais da tuberculose, como incidência, sintomas, gravidade e possíveis meios de prevenção, e depois fez recomendações que se tornaram partes integrantes do tratamento médico. Esses assistentes sociais foram os primeiros profissionais a realizar uma análise abrangente da tuberculose nos Estados Unidos”. As adolescentes grávidas não casadas, crianças com problemas ortopédicos, pacientes com "distúrbios nervosos", adolescentes e mães jovens eram também o público-alvo dos assistentes sociais (MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, 2017).

Mary Richmond (1977) afirmava, no início do século XX, que a tarefa do assistente social era árdua, pois incidia sobre a personalidade, mais especificamente no desenvolvimento da personalidade pela adaptação consciente e compreensiva das relações sociais. Avaliava o hospital como um espaço de trabalho que se constituiu também como *lócus* privilegiado para a profissionalização do Serviço Social, pois oportunizou a adaptação do Serviço Social de Casos Individuais às necessidades dos enfermos.

O Serviço Social de Casos Individuais era definido como “conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social”. O termo “social” aqui denotava a preocupação de se ampliar a compreensão das interferências do meio em que vive o sujeito para além das condições ambientais, buscando incorporar “el horizonte del pensamiento del hombre y los límites de su poder de mantener relaciones con sus semejantes”³⁵ (RICHMOND, 1977, p. 67).

Richmond (1977, p. 63) partia da compreensão de que as dificuldades sociais (ou perdas sociais) e a perda da saúde impactam na personalidade dos indivíduos. À individualidade, atribuía características próprias dos seres vivos. Defendia a maior abrangência do conceito de personalidade, que abarcava o inato, tudo o que é individual, aquilo que o homem adquire pela educação, experiência e relações com semelhantes. A individualidade é imutável, a personalidade muda constantemente.

O assistente social deveria se ocupar daquilo que tem relação direta com a personalidade: “restauración de la independencia económica individual, a la salud y a la higiene personal, así como a los problemas complejos de higiene mental”. A partir dos casos que relata, a ação do

³⁵ O uso do termo “social” foi tema de debate a época, como aponta Mary Richmond em conferência realizada em 1917. “Diagnóstico Social”, título dado ao livro publicado no mesmo ano, rendeu-lhe a necessidade de advogar em torno do adensamento deste como território dos assistentes sociais para o trabalho com o bem-estar através do estudo das relações sociais dos indivíduos: “Em primeiro lugar, parece-se necessário que o trabalhador social crie sua reivindicação à palavra social, pois acho que alguns membros da Conferência deste ano estão inclinados a contestá-la”. Em outra passagem: “O trabalhador do caso social também tem uma especialidade. [...] trazer melhores ajustes nas relações sociais de homens individuais, mulheres ou crianças. Não importa em que agência, pública ou privada, isso é alcançado. Se isso é principalmente o que estamos fazendo - seja em uma escola, um tribunal, um hospital ou em qualquer lugar - somos trabalhadores de casos sociais” (RICHMOND, 2013, p. 1, tradução nossa).

assistente social incidia na higiene (pessoal e doméstica), expressão corporal, temperamento, estado/anomalias físicas, estrutura habitacional, respeito à propriedade, condutas sociais e familiares, retomada de laços familiares, ajuda na aquisição de hábitos. Destacava a atuação nas situações de “crises”, em geral associadas aos grupos familiares que envolve, por exemplo, a separação conjugal, despejo. “[...] el tipo de relaciones de las cuales se ocupa constituye la trama de la vida diaria” (RICHMOND, 1977, p. 66; 118).

Vieira (1980), com base em Goldstein (1973), avalia que Mary Richmond inaugurou uma escola de pensamento no Serviço Social: a “escola diagnóstica”. Trata-se de um modelo inspirado na atenção médica baseado no estudo, diagnóstico e tratamento num processo linear. “O tratamento não podia ser iniciado antes que os fatos mais importantes tivessem sido descobertos e o diagnóstico formulado”. O “social” era considerado o objeto do Serviço Social, identificado como a “preocupação principal em relação às situações em que se enquadra o Homem” (VIEIRA, 1980, p. 91; RICHMOND, 1977).

É interessante ressaltar que o Serviço Social norte-americano teve importante papel na emergência da Medicina Social a partir do desenvolvimento da sociologia médica. A sociologia médica tinha raízes na Saúde Pública e no Serviço Social, emergentes da caridade desenvolvida na década de 1890, como se abordou. Para Rosen (1983), expressava-se uma junção entre serviço de saúde e a ciência social da época, que constituíram base comum para ação, principalmente na prevenção da tuberculose. Também estava presente “a luta por condições decentes de trabalho em fábricas e minas, melhoria da nutrição e melhores condições de habitação. Esses esforços emergiram como saúde pública e sociologia médica; a medicina social veio mais tarde” (ROSEN, 1983, p. 67).

Segundo Rosen (1983), o termo “sociologia médica” foi usado inicialmente em 1902 para o título de uma coleção de ensaios que abrangia assuntos como a higiene, a educação sexual, educação médica e religião. “Em essência, isto reflete a sociologia da época, que se preocupava com problemas sociais relacionados à imigração, relações raciais, favelas, vida rural e assuntos correlatos. Identificava-se intimamente com a filantropia, Serviço Social e aquele desenvolvimento do protestantismo liberal conhecido como o evangelho social” (ROSEN, 1983, p. 68).

Rosen (1983) afirma que, em 1925, Francis Lee Dunham, ao desenvolver o conceito de medicina social, explica que este se

fundamentou em uma necessidade levantada pelo Serviço Social de uma área de medicina preventiva. Essa área “deveria ter a contribuição das Ciências Sociais, da psicologia, da psiquiatria e de vários outros departamentos, sem que recaísse sobre nenhuma delas em particular o encargo total da responsabilidade” (DUNHAM, 1925, *apud* ROSEN, 1983, p. 69). Nessa direção, defendia-se o ajustamento social e pessoal, aproximando a medicina social da harmonização do comportamento humano e organização da conduta.

Foi após a Segunda Guerra Mundial que a Medicina Social ganhou maior interesse sociopolítico. Nesse período, as ciências sociais e as ciências da saúde convergiram para produzir o que veio a ser conhecido como sociologia médica. Foi um período em que se reconheceu que as ciências sociais poderiam ser capazes de ajudar a resolver problemas da medicina centrada no hospital. Além disso, cresciam novos problemas de saúde que exigiam tratamento em termos institucionais, familiares e comunitários. Seriam eles: “problemas envolvendo doenças crônicas, a velhice, doenças mentais e emocionais, incapacidades físicas e ainda questões relativas ao atendimento médico foram os estímulos” (ROSEN, 1983, p. 70).

No Brasil, o Serviço Social emerge como profissão na década de 1930. O processo de profissionalização é mediatizado pelas experiências assistenciais e estratégias de formação de quadros especializados em que se apresentam a ação social, assistencial e filantrópica. Em geral, a profissionalização do Serviço Social é uma resposta a duas demandas fundamentais: “A necessidade de eficiência na administração da “ajuda” material, considerando as exigências do capital em manter baixos custos com a reprodução da força de trabalho, e a eficácia quanto à imposição do cunho educativo, ressocializador, a essa administração, induzindo o indivíduo a determinada maneira de pensar e agir”. Pode-se acrescentar que há uma ausência quase total de uma demanda a partir das classes e grupos que essa assistência se destina (ABREU, 2002; IAMAMOTO & CARVALHO, 1991).

O enfrentamento da questão social, como já abordado, passava a ser referenciado teoricamente no progresso técnico-científico-filosófico incorporado a essas práticas. Portanto, foram cruciais os desdobramentos da expansão das atividades da Ação Social e da Ação Católica. A partir do seu desenvolvimento, instituíram-se as bases materiais, organizacionais e humanas que culminaram nas primeiras escolas de Serviço Social do país.

Nas décadas de 1920 e 1930, pressões internacionais por medidas de controle de doenças, da mortalidade infantil e de práticas de educação sanitária reforçaram a coordenação de ações entre a saúde pública e a assistência social. A assistência hospitalar ganhou contornos focalizados e segmentados com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)³⁶. Enquanto os trabalhadores de certas categorias do serviço privado e seus dependentes podiam ter garantias na atenção hospitalar, o restante da população formava um grande contingente que era atendido sob a lógica da indigência. Postulava-se que os custos do atendimento do indigente ou do desajustado social deveriam ser pagos pela caridade, pela filantropia, pela contribuição social e pelos governos: municipal, estadual ou federal (MORAES, 2005; BRASIL, 1965).

Nesse horizonte, a oferta de serviços públicos só se ampliou em áreas como urgências, ambulatórios, dispensários de especialidades e controle sanitário, ainda assim incipiente quanto à cobertura territorial. O Serviço Sanitário Estadual de São Paulo, por exemplo, indicava, em 1927, que as medidas sanitárias mais eficientes eram as que combinavam medidas de atenção à pobreza. Naquele momento, as ações de assistência social eram capitaneadas pelas Irmandades, mas também por médicos e mulheres que se dedicavam à filantropia por meio de associações ou ligas de combate à tuberculose, à lepra, ou de atenção às crianças. A atuação do Estado se restringia a manter subvenções aos hospitais, sanatórios e leprosários (MORAES, 2005; MARSIGLIA; CARREIRA; AMARAL, 2016).

A condensação das atividades da Ação Social e da Ação Católica possibilitou a fundação do Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo em 1932 para promover a formação e a qualificação da atuação de trabalhadoras sociais. Além da formação técnica, visava à difusão da doutrina social da Igreja. “Ao assumir essa orientação, passa a atuar como

³⁶ Com as CAPS, a assistência hospitalar no Brasil e a expansão da rede hospitalar estiveram fortemente vinculadas às políticas de Previdência Social. A oferta de assistência médica hospitalar aumentou, mas de forma desproporcional. Algumas categorias profissionais eram mais bem assistidas do que outras, devido às diferenças orçamentárias destinadas à assistência médica de cada uma das CAPs. Como primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, as CAPs expressaram o caráter de controle dos segmentos dos setores essenciais da economia brasileira. Na década de 1930, as CAPs são unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentaria e Pensões (IAPs). Os IAPs tinham caráter nacional e dispunha de uma rede ampla por categorias profissionais. O Estado participava mais diretamente da sua administração (MORAES, 2005).

dinamizador do apostolado laico através da organização de associações para moças católicas e para a intervenção direta junto ao proletariado”. Em 1936, o CEAS fundou a primeira Escola de Serviço Social no Brasil, momento em que já existia uma demanda de atuação profissional pelo Estado. O Estado foi o setor que mais dinamizou a demanda pelo assistente social. A assistência é o eixo principal da organicidade da inserção do Serviço Social nas relações sociais (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991, p. 184; ABREU, 2002).

Esse era um momento em que os reformadores sociais e filantropos brasileiros concordavam em um aspecto: diante da coexistência entre a assistência pública e privada, havia a necessidade de uma ação mais efetiva do Estado. A elite intelectual volta-se para o Estado reforçando seu papel como o responsável pela organização e ordenamento do corpo social. E é a partir dos anos de 1930 que se pode falar de um processo da laicização da saúde no país. Nesse contexto, a promoção do capitalismo nacional, suportado no fortalecimento do Estado e na aliança entre a burguesia industrial e setores da classe trabalhadora urbana, tornou a saúde um dos pilares centrais da política social. “A vida urbana, com seu desenvolvimento provocado pelo crescimento do capitalismo brasileiro, demandou políticas de saúde que garantissem a manutenção da saúde da massa de trabalhadores” (SANGLARD & FERREIRA, 2014; SILVA, 2016; MORAES, 2005, p. 15). Uma forte estrutura de assistência médico-previdenciária, conjugada à legislação trabalhista e sindical, se estabeleceu no fundamento das relações de cidadania no Brasil. Na direção imprimida pelo governo Vargas à intervenção em determinadas áreas, tal como a infância, maternidade e saúde mental, o que dialoga com a perspectiva de construção de nação forte e saudável, associou-se a intervenção através da formação de quadros para atender às necessidades de uma nova forma de atuação com o proletariado. É o momento em que a burguesia industrial reitera suas bases para manutenção da posição hegemônica com bases na incorporação de parte das reivindicações históricas dos trabalhadores na forma de políticas assistenciais (SANGLARD & FERREIRA, 2014; IAMAMOTO & CARVALHO, 1991).

Como já abordado em Escorel (1989), a saúde tem particular participação no processo hegemônico das sociedades regidas pela lógica do capital, considerando seu potencial de revolução ou de consenso. Não é à toa que a assistência à saúde tem historicamente um papel central nas políticas sociais dos Estados nacionais. E quando a prosperidade econômica de uma nação passa a depender da criação de uma gigantesca

infraestrutura material e humana que propicie o aumento da produtividade de suas empresas, a intervenção do Estado na saúde e no setor social, de modo geral, será regida de forma crescente pela administração do trabalho. O Estado historicamente se coloca parceiro na construção de formas de racionalidade da assistência à saúde, incluindo a formação de recursos humanos (VASCONCELOS, 1989).

Segundo Iamamoto (2017), a formação profissional de assistentes sociais no Brasil será colocada em curso seja em aliança com a Igreja Católica, seja atendendo aos anseios do movimento sanitarista brasileiro em ascensão desde o início da década de 1920, quando ocorreu a fundação da Sociedade Brasileira de Higiene. Na perspectiva da interiorização da higiene no âmbito das profissões, como se viu em Arouca (1975), “abria-se caminho ao Serviço Social na perspectiva de uma ação essencialmente educativa individual e coletiva no âmbito da saúde pública, visando à prevenção de doenças de massa, nas trilhas de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e outros” (IAMAMOTO, 2017, p. 24).

Como reconhece a autora supracitada, é importante destacar que o Serviço Social brasileiro pouco se debruçou a buscar os nexos de sua institucionalização no Brasil a partir das questões que envolvem a higiene e o higienismo e, respectivamente, as pautas da atenção à saúde no país. A higiene e o higienismo parecem corresponder a um projeto em que o social estabelece seus alicerces, balizando tanto o conteúdo intelectual-formativo das profissões que nesse setor se desenvolvem quanto à orientação programática do conjunto das instituições e serviços que atuarão. A Igreja Católica não se furtou a incorporar no fomento à formação dos profissionais de Serviço Social a higiene, que deve ser mais bem estudada na composição do processo de hegemonia e estabelecimento da intelectualidade especialmente posta naquele contexto histórico.

Assim, o aprofundamento desse movimento sanitarista do início do século XX se dá quando a política de saúde foi centralizada na esfera federal através da intensificação do poder normativo do Ministério da Educação e Saúde (1937). É o período em que a questão social começa a ser enfrentada através de um bloco orgânico e sistemático de políticas. O movimento operário e a ampliação da influência das camadas média urbanas colocaram novas questões na agenda da gestão nacional. Nesse processo de estabelecimento de formas de ampliação da legitimidade social do capital a partir das políticas sociais, num contexto de crescente demanda da população por serviços de saúde, ocorreu, em 1937, a implementação do curso de Serviço Social junto à Escola de Enfermagem

Anna Nery, da atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O agravamento da questão social decorrente da ampliação da vida urbana e da industrialização tornou mais complexa a atuação com a população dependente de serviços, então pautados na higiene e na profilaxia. É possível, nesse caso, observar que as questões de assistência à saúde se colocam como um importante “foco” de demanda e expansão dos quadros profissionais de assistentes sociais no Brasil.

O curso de Serviço Social da Escola de Enfermagem Anna Nery foi o primeiro a ser criado pelo Estado. Segundo Aperibense & Barreira (2008), as enfermeiras da saúde pública eram incumbidas de resolver os problemas sociais dos doentes, entretanto, o aumento da demanda de atendimentos, a necessidade de promover de forma cada vez mais eficiente o indivíduo a “se ajudar” e o interesse de organizar um Serviço Social semelhante ao que se dispunha nos Estados Unidos levaram a Escola Anna Nery a ofertar o curso. O curso incluía matérias como Educação Cívica, Psicologia, Medicina Social, Puericultura, Primeiros Socorros, Higiene Mental, entre outras.

Na década de 1940, o Serviço Social já dispunha de um campo de trabalho na saúde: no Rio de Janeiro, na Policlínica de Botafogo (1940), no Hospital Artur Bernardes (1942), no Serviço Social do Instituto de Cardiologia (1944) (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991). Em São Paulo, constatou-se que, no início de sua profissionalização, os assistentes sociais ocupavam número relevante de postos de trabalho na área da saúde:

23% dos formados em 1947 pela Escola de Serviço Social de São Paulo estavam atuando no campo do Serviço Social Médico, destacando-se: o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e o Hospital da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; acrescente-se o Dispensário de Tuberculose do Departamento de Saúde do Estado, o Departamento Estadual da Criança e outros Hospitais e Clínicas particulares. (MARSIGLIA; CARREIRA; AMARAL, 2016, p. 42)

A atuação dos assistentes sociais nos primórdios da inserção em saúde visava estimular o paciente em sua capacidade e responsabilidade no tratamento, proporcionar as condições de tratamento, mediando as relações entre paciente, médico e instituição. Valorizava-se o

comportamento do indivíduo e da família na produção dos riscos para a saúde, assim como seu correlato terapêutico, isto é, da intervenção técnica sobre os indivíduos para canalizar os comportamentos, promover hábitos higiênicos e prevenir riscos (MARSIGLIA; CARREIRA; AMARAL, 2016; CERCHIARO, 2008).

A implementação do campo sanitário, no contexto das exigências técnicas do que se apresentava como um higienismo, exigia agentes competentes para interpretar a palavra “sagrada” do saber “científico”. O “sagrado” deveria ser pregado sob condições que não representassem uma ameaça para o prestígio e poder cunhados pela profissão médica. Assim, as atividades do assistente social contribuíam para a eficiência da administração dos serviços e enfatizavam o modo de vida da população em relação aos hábitos de higiene e saúde. Hoje, as atividades do assistente social contemplariam atividades que se enquadram no campo da Terapia Ocupacional, Psicologia, Fisioterapia, por exemplo. Sua prática, particularmente nos hospitais, abrangia o plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária (MARSIGLIA; CARREIRA; AMARAL, 2016; BRAVO & MATOS, 2004; CERCHIARO, 2008).

Desse modo, a partir da década de 1940 (até a institucionalização do Sistema Único de Assistência Social, nos anos 2000), a saúde era o setor que mais absorvia assistentes sociais no Brasil. Contou para isso também o novo enfoque da Organização Mundial de Saúde (OMS) ao conceito de saúde, destacando os aspectos biopsicossociais. Um dos importantes desdobramentos é a impulsão por trabalho em equipe multidisciplinar. Segundo Bravo e Matos (2004, p. 28-29), naquele momento o trabalho em equipe foi uma solução racionalizadora, “que permitiu: suprir a falta de profissionais com utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social”.

Na política organizada para atenção à saúde, percebeu-se um importante impulso de crescimento da rede hospitalar brasileira. Pode-se falar em dois momentos cruciais: “o primeiro entre os anos de 1933 e 1942, onde o número destes estabelecimentos cresceu 90% e entre os anos de 1965 e 1976, onde [foram observados] os mesmos 90% de crescimento”. O crescimento no primeiro período explica-se pelo avanço de uma rede de hospitais privados para atendimento a uma demanda crescente, ligada à assistência aos beneficiários das CAPs e dos IAPs. É

também o momento em que a questão da assistência médica se centrou definitivamente no hospital. O “mercado da saúde” será definido a partir da lógica previdenciária e da lógica especializante e tecnizante da educação em saúde, influenciada pela indústria de equipamentos médico-hospitalares e laboratoriais que se expandiu no ocidente desde o final da Segunda Guerra e no Brasil desde a gestão de Juscelino Kubitschek (MORAES, 2005, p. 19; LUZ, 1986). O mercado de trabalho em saúde para os assistentes sociais se estruturou a partir da lógica e interesses organizados em torno da política médico-previdenciária, situação que se altera apenas com a implementação do SUS no bojo de um movimento de renovação profissional, como detalharemos na sequência.

5. A LÓGICA HISTÓRICA DA PAUTA CONTRA-HEGEMÔNICA DO SERVIÇO SOCIAL: A REALIDADE SOCIOSSANITÁRIA BRASILEIRA E O SOCIAL COMO PROCESSO

Como vimos tratando, a hegemonia envolve projeto, estratégias para educação intelectual e moral da população e engajamento político dos intelectuais. Se a base formativa dos intelectuais ocorre na interconexão do mundo do trabalho com o universo da ciência, com as humanidades e a visão política de conjunto (SEMERARO, 2006), podemos falar que existiam, nas formas tradicionais, condições que processaram a recolocação do assistente social brasileiro frente às classes fundamentais. Esse giro e as questões que marcam a redefinição do objeto de atuação e a atualidade da demanda de atuação dos assistentes sociais nas relações interprofissionais em contexto de serviço serão retomados nesse capítulo.

O processo que culminou com a formação das bases contra-hegemônicas do Serviço Social será revisitado, ainda que brevemente, na sua conexão com a organização sócio-histórica brasileira e com as políticas e os movimentos relacionados à saúde a partir da década de 1960. As transformações que ocorreram nessa década reiteram pensar o movimento do Serviço Social como profissão “constituída por” e “constituente da dinâmica” das relações sociais de produção³⁷.

Netto (2011b) recuperou que, na entrada dos anos sessenta, “linhas de força”³⁸ que se expressam na formação social brasileira adquirem uma

³⁷ Compartilhamos a compreensão de Williams (2000), que defende que a produção ou as forças produtivas “son todos y cada uno de los medios de la producción y reproducción de la vida real”, o que envolve ação recíproca que existe entre produção material e produção intelectual.

³⁸ “As linhas de força que mais decisivamente contribuíram para perfilar esta particularidade são conhecidas: a construção, desde o período colonial e com assombrosa, todavia explicável, perdurabilidade, de um arcabouço de atividades econômicas básicas *internas* cujo eixo de gravitação era o mercado *externo*, o mercado mundial em emergência e, ulteriormente, em consolidação (Prado Jr., 1963 e 1965); a ausência de uma nuclear e radical ruptura com o estatuto colonial (Fernandes, 1975); a constituição, no quadro posto pelas duas condições acima citadas e, sobretudo, pelas circunstâncias próprias dadas pelo imperialismo, de uma estrutura de classes em que à burguesia não restava fundamento político-econômico objetivo para promover quer a evicção do monopólio oligárquico da terra – uma vez que não tinha impulsões de raiz para confrontar-se com o latifúndio –, quer para realizar suas “clássicas” tarefas nacionais, posta a sua

“dinâmica crítica”, num processo cumulativo que seguia desde meados da década de 1950. No início dos anos 1960, tornou-se contundente no governo federal um projeto de desenvolvimento nacional que se organizava em torno de um conjunto de “reformas de base” (socioeconômicas e políticas) que propunha a produtividade com distribuição de riquezas. Tal conjunto expressava uma conjuntura de inflexão na sociedade brasileira que buscava alterar e reverter aquelas linhas de força. Isso se traduziu em requisições contra a exploração imperialista e latifundista, acrescidas das reivindicações de participação cívico-política ampliada (LUZ, 1986; NETTO, 2011b).

A III Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada o acontecimento mais importante do período de 1960/64 no que tange às proposições circunscritas à política de saúde. O presidente João Goulart, no discurso de abertura, evidenciou a visão de um sanitarismo desenvolvimentista, mas o apelo para o planejamento do setor demonstrava a preocupação em garantir a realização do projeto de universalização da atenção médica. Foram temas presentes no relatório da Conferência: necessidade de planejamento na Saúde *versus* dispersão, rotina, irracionalidade; expansão da atenção médica *versus* abandono da população; interiorização e municipalização da assistência *versus* centralização, entre outros (LUZ, 1986, p. 102).

Uma das temáticas mais polêmicas da conjuntura envolvia o estabelecimento hegemônico do modelo de atenção clínica hospitalar, já então identificado com a “medicina privada”. À época, avaliava-se que a rede hospitalar repousava na estrutura multicentenária das instituições de misericórdia. A crítica voltava-se à tendência de custear essa estrutura “privada” e crescente à conta do Tesouro Nacional. Um relatório publicado à época identificava que “cerca de 62,1% do total de leitos existentes no Brasil pertencem a entidades ditas particulares que, no entanto, dependem cada vez mais do auxílio do poder público para seu custeio. Tal orientação contraria os princípios da organização democrática que tornam incompatível o emprego do dinheiro público para fins de caridade ou filantropia” (LUZ, 1986, p. 104).

Desse modo, o discurso da gestão federal presente naquela conjuntura era de oposição ao modelo de medicina hospitalar, que se

formação dependente e associada com os centros externos (Sodré, 1964; Fernandes, 1975); o caráter do desenvolvimento capitalista no país, atípico em relação à sua evolução euro-ocidental, muito precocemente engendrando o monopólio (Guimarães, 1963) e derivando numa experiência industrializante tardia (Chasin, 1978; Cardoso de Mello, 1986)” (NETTO, 2011b, p. 17-18).

estruturava na especialização crescente e refinada da atuação médica e no uso de instalações e equipamentos sofisticados. Evidenciou-se a disputa a partir da defesa de um modelo de cobertura forte na “atenção primária”, mas que também cobrisse a “atenção terciária”. Havia uma proposta sanitária desenvolvimentista (pautada no planejamento da saúde, regulamentação da prática médica, generalização da atenção médica) que se expressava nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, imprimindo uma conciliação entre a visão sanitarista moderna e uma organização regionalizada da Saúde Pública (LUZ, 1986).

Evidente que tal direcionamento foi acompanhado das devidas oposições. Os interesses corporativistas da medicina curativa contrários às propostas em tela constituíram presença política através de seus órgãos, como a Associação Médica Brasileira e Federação Brasileira de Hospitais. A exemplo disso, “a partir do início de 1963 a Associação Médica Brasileira passa a adotar uma posição definida e contrária à intervenção ampliada do Estado na assistência médica, como demonstram os artigos escritos pelo seu recém-empossado secretário-geral”. Na conjuntura nacional geral, em 1963, a divisória se mostra cristalinamente: “ou o capital nacional (privado) concertava com o Estado um esquema de acumulação que lhe permitisse tocar a industrialização pesada, ou se impunha articular um outro arranjo político-econômico, privilegiando ainda mais os interesses imperialistas” (LUZ, 1986, p. 111; NETTO, 2011b, p. 24).

A história segue pela segunda direção, então o golpe em 1964 desfechou pela derrota de uma alternativa de desenvolvimento econômico-social e político que propunha reverter o fio condutor da formação social brasileira. Deu-se um movimento de continuidade das piores tradições sociais brasileiras – a heteronomia, a exclusão, as soluções “pelo alto”. Nesse processo, a “novidade” é que o Estado, tomado, se constituirá o Estado “da” burguesia. Nessa direção, pode-se falar desse Estado configurado como autocracia burguesa. Concretamente, o Estado se readequará às condições internas e externas para assegurar o esquema de acumulação e o desenvolvimento dependente e associado da economia. Assumirá um papel econômico e um político característico: “o papel de repassador de renda para os monopólios e politicamente mediando os conflitos setoriais e intersetoriais em benefício estratégico das corporações transnacionais na medida em que o capital nativo ou está coordenado com elas ou com elas não pode competir” (NETTO, 2011b, p. 28).

O Golpe ainda se desferiu sobre a importante parcela constitutiva da cultura brasileira, a cultura de esquerda. Nesse momento, houve uma interrupção brutal do acúmulo crítico produzido em todas as áreas que buscavam fazer avançar os interesses públicos nacionais. O Golpe submete o avanço da tradição marxista no Brasil e de seus movimentos que lançavam raízes na cultura brasileira (NETTO, 2011b).

O período entre o golpe militar de 1964 e a Lei Orgânica da Saúde (1990), que regulamentou os dispositivos da Constituição Federal de 1988, pode ser subdividido em quatro momentos (SCOREL, 2008): a primeira década do regime, suas consequências nas condições de saúde da população e a chegada do ideário da Medicina Preventiva; o período de distensão do regime militar e a articulação do movimento sanitário; o último governo militar, a crise da previdência social e as possibilidades da entrada de militantes da Reforma Sanitária no executivo estatal; a Nova República, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição de 1988 e a legislação infraconstitucional para o estabelecimento do SUS. No presente texto, optou-se por aproximar o desenvolvimento histórico-conceitual da política/movimento sanitário e da profissão a partir da década de 1960. Nessa direção, construíram-se três pontos que se dirigiram a buscar os elementos mais importantes que compreenderam, primeiramente, a conjuntura que culminou com a ditadura e seus desdobramentos; em segundo lugar, o período que cobre a crise do modelo autocrático burguês e as contradições que desencadeiam os processos de resistência e renovação; por último, a conformação pós-democratização do processo político-institucional da saúde e questões que perpassam a inserção do assistente social na saúde.

A opção por desenvolver os aspectos relativos à Saúde e ao Serviço Social nos possibilita observar a existência de pontos de convergência entre o movimento sanitário e a renovação da profissão, como a relevância da contribuição político-institucional da Universidade; a aproximação à tradição marxista para explicar o fenômeno saúde-doença, assim como as relações e o papel da profissão na sociedade; por fim, os não desfechos desses processos que carecem ainda de desenvolvimentos em torno de uma inserção tanto político-institucional quanto no cotidiano dos sujeitos atores do processo.

5.1 Ditadura e assistência médico-previdenciária

No início do regime ditatorial, o capital internacional, o grande capital nacional e a tecnoburocracia civil e militar constituíam seu tripé de sustento. A indução à centralização e concentração explica a gênese do regime autoritário brasileiro, sendo que a programática desenvolvida acentuou a subalternidade da integração do país no sistema capitalista mundial.

O Golpe de 1964 repercutiu também no movimento de erosão do Serviço Social “tradicional” que se gestou na América Latina. Segundo Netto (2011b), o Serviço Social “tradicional” pode ser definido como:

“a prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada” dos profissionais, parametrada “por uma ética liberal-burguesa” e cuja teleologia “consiste na correção – desde um ponto de vista claramente funcionalista – de resultados psicossociais considerados negativos ou indesejáveis, sobre o substrato de uma concepção (aberta ou velada) idealista e/ou mecanicista da dinâmica social, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida como um dado factual ineliminável”. (NETTO, 2011b, p. 117-118, grifos do autor)

Até os anos setenta, no discurso e na ação governamentais, verifica-se um movimento de “validação” e “reforço” do Serviço Social “tradicional”. Dois grandes conjuntos de necessidades explicam essa relação: primeiro, a necessidade de preservar os traços mais subalternos do exercício profissional para que se pudesse continuar contando com um firme estrato de executores de políticas sociais localizadas bastante dócil; segundo, anular projeções profissionais potencialmente conflituosas com os meios e os objetivos que estavam alocados às estruturas organizacional-institucionais em que se inseriam tradicionalmente os assistentes sociais (NETTO, 2011b, p. 117).

Apesar desse “suporte”, a erosão do Serviço Social “tradicional” se explicitou na América Latina a partir de 1965. Manteve-se via “Movimento de Reconceituação” por quase uma década. No Movimento, a dinâmica sociopolítica da vida brasileira e latino-americana colocava em foco a funcionalidade profissional na superação do subdesenvolvimento. Nessa direção, o Movimento se coloca a questionar, entre outros, o papel dos profissionais e a adequação dos seus procedimentos às realidades regionais e nacionais. Contudo, em pouco

tempo, o Movimento sucumbe à perspectiva burguesa da “modernização” por vias ditatoriais, derrocado também pelas próprias tensões internas, visto que no movimento havia um polo que investia em uma atualização do Serviço Social, enquanto o outro tencionava a ruptura com o passado profissional (NETTO, 2011b).

Netto (2011b) indica duas principais tendências abertas com o Movimento de Reconceituação para o Serviço Social: a relação com a tradição marxista ou o pensamento de raiz marxiana deixou de ser estranho ao universo profissional dos assistentes sociais – um ganho, mesmo com equívocos grosseiros causados majoritariamente pela bibliografia recorrida à época – e criaram-se as bases, até então inexistentes, para pensar a profissão sob essa lente; também porque se articulou uma interação apoiada no reconhecimento da necessidade de fundar uma unidade profissional que respondesse às problemáticas comuns da América Latina.

Entre as décadas de 1960 e 1980, o Serviço Social brasileiro atravessará um processo de disputa que colocou três projetos profissionais em pauta: o “conservador modernizador”, o de “reatualização do conservadorismo” e o de “intenção de ruptura” (NETTO, 2011b). Tal processo ocorreu em consonância com as disputas hegemônicas igualmente presentes no contexto histórico nacional.

A perspectiva modernizadora compreendia “um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto instrumento de intervenção inserido no arsenal de técnicas sociais, a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista”. A perspectiva modernizadora “aceita como dado inquestionável a ordem sociopolítica derivada de abril e procura dotar a profissão de referências e instrumentos capazes de responder às demandas que se apresentam nos seus limites”. É possível constatar reiterações do Serviço Social “tradicional”, porém os avanços se localizam nos aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano. O Serviço Social interage asépticamente com as ciências sociais dessa matriz. Desse modo, na segunda metade dos anos 1960, a profissão se colocou como interveniente, dinamizadora e integradora no processo de desenvolvimento (NETTO, 2011b, p. 154; 155).

O movimento de centralização e concentração de capital fomentado pelo Estado pós-1964 foi viabilizado pelo melhor quadro legal-institucional. Um processo de modernização autoritária orientou a promoção de uma expressiva reestruturação do aparelho do Estado por meio de reformas financeiras e fiscais (1964 e 1965), previdenciárias

(1966), tributárias e administrativas (1967). Forjadas para favorecer a acumulação capitalista, também submeteram o Estado às regras do capital privado. O capital internacional se favoreceu do quadro político econômico para investir: “mão-de-obra abundante, salários baixos e repressão à atividade política e à organização sindical” (NETTO, 2011b; ESCOREL, 2008).

Essa série de reformas alterou impositivamente o conjunto de instituições e aparatos governamentais através dos quais se interfere na “questão social”. No campo da saúde, a criação do INPS dava maior sustentação ao sistema baseado na lógica contributivo-previdenciária. Segundo Luz (1986), em 1966, a criação do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social – explica o crescimento da atenção em nível hospitalar no Brasil. Nele, incrementa-se a compra de serviços terceirizados em detrimento da implementação de uma rede própria. A entrada dos planos de saúde na década de 1960 também torna o mercado privado de saúde mais vigoroso, o que justifica o aumento do número de hospitais nesse período. Sendo insuficiente a rede estabelecida para atender a demanda dos vinculados, o INPS tornou-se o maior comprador de serviços privados de saúde, estimulando um padrão de organização da prática médica orientada para o lucro (MORAES, 2005; ESCOREL, 2008; BRAVO & MATOS, 2004).

Esse será um período em que a discussão e a decisão sobre a origem – social ou não – e a extensão das doenças da população se fecharão no interior do Estado num sentido restrito e restritivo. Será estabelecido um discurso hegemônico da saúde como setor de Estado que excluirá qualquer projeto político institucional alternativo que não tenha a “racionalidade” desse Estado, ou seja, aquele vinculado à autocracia burguesa. Esta nova racionalidade se estrutura em quatro traços característicos principais: a) a integração do discurso médico ao desenvolvimento econômico, b) a centralização de órgãos e instituições de saúde através do processo de unificação progressiva de serviços; implanta-se um novo projeto institucional médico; c) o controle do poder decisório e dos recursos institucionais por órgãos técnicos centralizados e estratégicos; d) por último, a generalização da medicina como fator estratégico de hegemonia de classe pela lógica liberal e privatista. Assim, a unificação da assistência médica no INPS assentou no país uma prática assistencial curativa de acentuada tendência privatizante (LUZ, 1986).

Outro ângulo da questão do confinamento da saúde como objeto do Estado foi a organização de um tripé que vinculou definitivamente a saúde na lógica da circulação de capitais: “de um lado, as indústrias

(multinacionais) da Saúde; de outro, as “indústrias” (nacionais) de produção de serviços de saúde; no meio, como intermediário, isto é, subsidiando uma e outra, o Estado, através da atenção médica da previdência social” (LUZ, 1986, p. 19).

Enquanto predominava a organização dos serviços sobre a lógica privada, de mercado, ainda que com grande participação estatal no financiamento e custeio, impunha-se uma separação entre as práticas voltadas para o atendimento médico individual e as voltadas para a saúde coletiva. Na saúde coletiva, estabeleceu-se um perfil de intervenção restrito, em que as propostas sanitárias se mantiveram na forma das tradicionais campanhas (CAMPOS, 1994).

Situadas no processo da “modernização conservadora” para a profissão, tal conjuntura viabilizou um mercado nacional de trabalho macroscópico e consolidado para os assistentes sociais, seja nos aparelhos burocrático-administrativos do Estado, seja no âmbito dos setores privados. A reformulação organizacional e funcional difundida no aparato organizacional-institucional deflagrou uma *extensão quantitativa* da demanda dos quadros técnicos de Serviço Social. Inserida nesse contexto, a profissão teve que integrar o conjunto de procedimentos administrativos “modernos”.

O *efeito global* dessas exigências engendrou precisamente um vetor de erosão do Serviço Social “tradicional”: implicou um dimensionamento técnico-racional – quer no nível de *legitimação* das práticas, quer ao nível da sua *condução* – que derruía os comportamentos profissionais impressionistas. (NETTO, 2011b, p. 123, grifos do autor)

Este profissional “moderno” demandou transformações nos mecanismos vigentes da formação. A autocracia burguesa fomenta o ingresso do Serviço Social no circuito da universidade justamente no lapso de sua vigência. Isso propiciou “a interação das preocupações técnico-profissionais com as disciplinas vinculadas às ciências sociais; é então que a formação recebe de fato o influxo da sociologia, da psicologia social e da antropologia” nos seus respectivos vieses tecnocrático e asséptico. É o que era “possível” na universidade da ditadura. O ingresso do Serviço Social no meio universitário fez despontar um aspecto contraditório e crucial. Com a emersão de uma categoria docente, encarregada de reproduzir a profissão, também emerge a possibilidade de

dedicação e envolvimento intelectual antes ausente. É nessa direção que se podem “acumular reservas de forças e engendrar no âmbito do Serviço Social uma massa crítica também inexistente antes. Quando se superam as condições ditatoriais, o acúmulo realizado por este componente profissional vem à tona com significativa ponderação” (NETTO, 2011b, p. 125-126).

As transformações na área da saúde na década de 1960 e 1970 também se devem a uma política educacional universitária que culminou com a chamada Reforma Universitária (1968). Até 1968, a ditadura se esforçou por erradicar as experiências democratizantes. Após a Reforma, buscou-se intervir para modelar o sistema institucional de ensino conforme as estratégias de seu projeto. A educação, assim como a saúde, foi repensada em face ao “modelo econômico”, sendo preparada para reproduzir a exclusão própria da estrutura societária transformada em setor de investimentos para capitalistas, especialmente o ensino superior. No âmbito da universidade, medidas como a departamentalização e o regime de créditos permitiram ampliar a oferta de vagas sem acréscimo de custos e sem gerar aumento de contingente profissional qualificado a demandar emprego (LUZ, 1986; NETTO, 2011b).

Segundo Luz (1986, p. 162, grifos da autora), “esta reforma repercutirá profundamente sobre o saber médico tanto no sentido restrito de *ensino médico* quanto sobre a prática médica realizada no consultório, no Hospital, no departamento médico da empresa, na empresa médica”.

Foi contraditoriamente no contexto dessa Reforma que se pode indicar que foi constituída a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social fundamental para origem do Movimento Sanitário³⁹ brasileiro. A nova legislação impôs a implantação de departamentos de Medicina Preventiva junto aos cursos de Medicina e neles, com o aprofundamento de uma abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde, se consolidou as bases universitárias do Movimento Sanitário (ESCOREL, 2008).

Nesse período, um espaço importante de atuação profissional se expandirá: o hospital universitário⁴⁰. Luz (1986) identificou que,

³⁹ Escorel (2008, p. 407) distingue a composição originária do movimento sanitário brasileiro em três vertentes: “a primeira, constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); a segunda, integrada pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a terceira, vertente por profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia”.

⁴⁰ LUZ (1986, p. 173-174, grifos da autora) afirma que “As ‘cadeiras’ do ensino médico podiam ser dadas, desta maneira, nos mais diversos locais da cidade, [...]”

principalmente depois da Reforma Universitária, na década de setenta, essa instituição ganhou relevância pela conformação da Universidade como *lócus* de prática e ensino médico e por se constituir centro da política médica. No Hospital Universitário brasileiro, estabeleceu-se uma hierarquia institucional médica multiplicada do interno ao titular. Residentes e internos prestando assistência direta tomam o lugar do velho catedrático.

No que tange à política médica, chama atenção o fato de que o hospital universitário, sendo destinado a uma grande massa estudantil e a uma clientela crescente, tornou-se sofisticado tecnologicamente e altamente especializado. O saber médico encontrará como suporte, além dos exames laboratoriais, os “pareceres de especialidades”, como o Serviço Social. Pode-se, assim, afirmar que o Serviço Social se assentou como uma especialidade dentro da estruturação das práticas médicas e isso terá consequências para compreendermos a inserção do profissional nos serviços e equipes de saúde. Na descrição de Luz (1986):

O Serviço Social é a instância encarregada da triagem e do encaminhamento dos pacientes à consulta, do consentimento das visitas, e de “aconselhamento” dos “casos sociais”, candidatos a pacientes não previdenciários. Neste sentido, primeiramente, o Serviço Social procede a um inquérito minucioso para esclarecer devidamente a situação sócio-econômica do candidato a paciente, de cujo resultado dependerá sua inscrição ou não ao Hospital. O Serviço Social se encarrega também de encaminhar – ou não encaminhar – as visitas aos pacientes, de dar orientação psicológica e social aos pacientes e, se necessário, a seus familiares. Este tipo de assistência escapa inteiramente à atenção médica. O aumento de controle e de poder de decisão conferido ao Serviço Social em sua tarefa de “análise sócio-econômica” dos demandantes dos serviços do Hospital torna-se evidente, na medida em que o atendimento médico estará condicionado ao veredicto do Setor. Da

os alunos que se viam obrigados a correr de um lado para o outro em busca das aulas. Os movimentos estudantis para a unificação institucional das práticas médicas e o ensino são, *deste ponto de vista*, uma contribuição para a organização do ‘modelo hospitalar’ desde a década de cinquenta”.

mesma forma, um poder coercitivo é evidente no controle sobre as visitas aos internados. Em geral os pacientes são divididos em dois grandes grupos: os segurados do INPS e os matriculados por contratos especiais (convênios com empresas ou planos particulares). A triagem e localização institucional desses grupos é também tarefa do Serviço Social. A prática da “análise sócio-econômica” conduz efetivamente a uma triagem social e etiológica minuciosa dos pacientes. O essencial a se reter na prática da triagem é sua função de eliminar do atendimento médico aqueles que não tenham nenhuma vinculação com o sistema produtivo, seja através do INPS, seja como beneficiários de convênios de empresas-INPS ou de empresas-hospital. Desaparece assim a figura do indigente como elemento coberto pela assistência médica. Resta-lhe a possibilidade – *muito remota* – de ser atendido como “caso de interesse científico”. (LUZ, 1986, p. 200, grifos da autora)

Como exposto por Marsaud (1965), na época diretora da Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro (hoje curso da Universidade Federal do Rio de Janeiro), o Serviço Social no Hospital tinha finalidades concernentes aos seguintes eixos:

1.º) Fornecer ao Médico e à Enfermeira e também à Administração do Hospital informações sobre a vida e condições do doente; 2.º) Levar à família do doente as informações do Médico todo o possível conforto; 3.º) Cuidar dos problemas causados pela ausência do doente, afastado do lar; 4.º) Preparar a volta, a convalescença e a readaptação do doente, na família e na sociedade. (MARSAUD, 1965, p. 300)

Para atendimento em nível ambulatorial, cabia ao Serviço Social “estudar as possibilidades do doente externo, obter tratamento apropriado (a domicílio por ex.), interesse pela frequência do beneficiado” e “transmitir explicações à família com relação ao tratamento, etc.”. Ademais, já era sugerida uma subdivisão nos moldes das especialidades médicas, sendo possível falar de “Serviço Social referente a doentes de lepra”, “Serviço Social para tuberculosos”, “Serviço Social para

cancerosos”, “Serviço Social para cardíacos”, “Serviço Social para diabéticos” (MARSAUD, 1965, p. 300).

As atividades eram organizadas a partir do “Plantão” para o Hospital ou Ambulatório na hora da visita médica para viabilizar o contato com o médico, com o doente e com a família. Também se referia às “visitas ao lar dos enfermos” e às “diligências em relação aos casos encontrados”. Falava-se em “Cooperação” para tratar das condições do trabalho com outros profissionais. O Serviço Social se considerava autônomo, porém, “pertence ao Hospital” e subordinado ao Diretor. O trabalho com o médico era voltado ao “benefício do bem comum, sem invadir um o campo do outro”. Admitia-se que “em algumas circunstâncias, a Assistência Social procura suprir a falta da Enfermeira e vice-versa, principalmente enquanto forem escassos os elementos das duas profissões” (MARSAUD, 1965, p. 301).

Assim, além de investigar os recursos do doente e da família para a devida contribuição, cabia ao assistente social oferecer “assistência social, espiritual e outras, inclusive amparo à família” (BRASIL, 1965, p. 128). Bravo e Matos (2004) apontam que a influência norte americana pautada no Serviço Social de Casos, nas orientações da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais enfatizaram aspectos da intervenção quanto à psicologização das relações sociais e à concessão de benefícios.

Nessa direção, em 1967, as ações do Serviço Social nos órgãos de assistência médica da Previdência⁴¹ foram assim regulamentadas: ação “individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes a família e ao trabalho”. A contribuição do profissional nas equipes interprofissionais ganhou destaque. A finalidade da ação do assistente social era fornecer dados psicossociais significativos para o

⁴¹ Conforme Bravo (2010), na atuação junto à Previdência, a “programação do Serviço Social foi delimitada no Plano Básico do Serviço Social da Previdência com a definição de um conjunto de regras especificando os objetivos e clientela. Com relação à assistência à saúde, foram enfatizadas as seguintes ações: recuperação de segurados incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde, incidindo sobre os fatores e sociais e econômicos que interferem no tratamento médico” (BRAVO, 2010, p. 103).

diagnóstico, tratamento e alta do paciente, além de participar em pesquisas médico-sociais (BRAVO, 2010).

De modo geral, e não apenas nas práticas do Serviço Social no hospital, os atendimentos dos “casos” demonstravam uma aproximação ao modo de abordagem da clínica médica e da semiologia médica, baseada, portanto, no levantamento de informações objetivas e subjetivas que culminava no diagnóstico e no tratamento a ser realizado pelo assistente social. Ainda na década de 1970, no contexto da disputa de projetos profissionais, o Serviço Social que atua nos hospitais brasileiros preocupava-se com a elaboração de diagnósticos e tipologias de diagnósticos como instrumental válido e seguro para atuação.

Como se observa na prática clínica/semiológica médica (saberes organizadores da prática médica), buscava-se trabalhar com a identificação de problemas com um “padrão”, mas com categorias específicas do Serviço Social. O levantamento feito por Vaisbich (1976) nos permite indicar que o diagnóstico, desde Mary Richmond, era processualmente próximo àquilo que também buscavam os médicos: um problema a ser confrontado, suas propriedades, comportamentos e a etiologia. Ainda que centrado nos sujeitos como responsáveis pelo desencadeamento e recuperação dos problemas sociais, ou seja, no seu ajustamento funcional, o diagnóstico referia-se à possível natureza do conflito, sua relação com os objetivos do cliente e ao que o assistente social, o “cliente” e a instituição pudessem fazer para enfrentá-lo. Desencadeava um plano de ação, a modo da clínica médica. O assistente social tinha como ponto de partida a “queixa” ou sintoma, que é o que levava o usuário ao atendimento (ou ao hospital). Era mediante o diagnóstico que o assistente social identificaria o seu objeto de intervenção. A questão social era problema individual, desajuste ou patologia a ser corrigida. Por isso, a intervenção buscava a correção e a prevenção dos desajustes.

Observa-se como a alternativa de modernização – sofisticação dos modelos de análise, diagnóstico – repercute na área da saúde. Nessa direção, como interpreta Bravo (2010), o Serviço Social na saúde sedimentou sua ação na prática curativa, primordialmente na assistência médica individual previdenciária. Coube enfatizar as técnicas de intervenção, a burocratização, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios concedidos como doação e não como direitos.

Assim, até a década de 1980, o Serviço Social no hospital se organizou a partir de dois grandes eixos de demanda: a demanda pelo caráter de atenção excludente e seletiva; a demanda pelo ajustamento

social da população usuária. O primeiro eixo se liga à manutenção de uma distinção entre categorias de sujeitos atendidos nos hospitais, fruto da tradição liberal-filantrópica pela qual se pode falar do desenvolvimento histórico dos hospitais modernos. Para além dos pagantes ou não pagantes, distinguiram-se os velhos, os deficientes físicos, os abandonados e os desajustados. À medida que o hospital vai sendo colocado à administração laica e medicalizada, a preocupação com o público que internava também despertava, em oposição, a atenção especializada e “tratamento” ao público atendido “inevitavelmente”.

Na década de 1960, uma questão era objeto de aprimoramento das instituições hospitalares no Brasil: o “público”, que, mesmo diante da falta de recursos, se mistura impropriamente com os doentes. A seção, divisão ou departamento de “Serviço Social” que deveria existir em cada hospital que se considerasse moderno é que deve se aproximar desse “público”. O indigente e o desajustado social eram os casos típicos de “doentes gratuitos”. Cabia ao Serviço Social a investigação sobre os recursos do doente e da família para a devida contribuição ao serviço prestado, na proporção dos recursos que poderia dispor (BRASIL, 1965).

Desse modo, atrelado à demanda que emerge acerca da atenção excludente e seletiva a ser prestada no hospital, estruturou-se o segundo eixo de demandas: o de ajustamento dos indivíduos sob a pauta médico-higiênica e a atuação individual marcada, por muito tempo, pelo Serviço Social de Caso. Conforme Marsaud (1965), eram características da atuação a observação e o estudo dos casos, bem como a captura de sua relação com as causas dos flagelos sociais. Além disso, o assistente social era reconhecido como profissional privilegiado para fazer a interlocução entre os pacientes e famílias e os serviços do que se chamava rede de “assistência para-hospitalar”, composta por: “a) clínicas ou policlínicas ou as enfermarias isoladas; b) dispensários; c) ambulatórios isolados; d) as estâncias de cura (hidrominerais, balneárias, climáticas); e) os asilos; f) abrigos; g) albergues” (BRASIL, 1965, p. 84).

5.2 A “intenção de ruptura” e o Serviço Social na saúde

Ao final de 10 anos de regime ditatorial, a força do setor médico-estatal-privatista junto ao poder não lhe garantiu imunidade ao esgotamento do modelo econômico instaurado, que dava sinal de limites principalmente na área de infraestrutura. O “milagre” necessário para a legitimação do regime se confrontava com o colapso dos serviços

públicos de transporte, de saúde, o aumento da pobreza. Com a legitimidade em decadência, o bloco de poder instalado no Estado precisou modificar gradualmente sua relação com a sociedade civil (SCOREL, 2008, p. 388; BRAVO, 2010).

Vivia-se um momento em que, no plano da organização dos serviços, o Estado atentou para a busca de respostas à baixa cobertura, ao pouco impacto e aos altos custos das ações realizadas majoritariamente pelos hospitais. A conjuntura foi favorável para abertura à Medicina Social difundida pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) a partir da tradição norte-americana. “A Organização assume que a medicina social tem como objeto a análise das práticas e dos conhecimentos da saúde relacionados com a sociedade”. No início da década de 1970, estava estruturado um debate internacional em torno de propostas que enfatizavam o uso racional da tecnologia na atenção médica e da eficiência no gerenciamento dos recursos. Dentre essas propostas, destacou-se a atenção primária à saúde ou medicina comunitária para reorganização dos sistemas de serviços de saúde, o que veio a se concretizar somente com o SUS (NUNES, 2016, p. 22).

Uma política de extensão da cobertura de serviço de saúde frente à crise do “milagre econômico” foi elaborada para reduzir a carência de serviços dirigidos prioritariamente às populações rurais e “marginalizadas” dos centros urbanos. Tais iniciativas se expressaram no II Plano Nacional de Desenvolvimento (1974) (SCOREL, 2008).

O período entre os anos 1974 e 1979 é profícuo na construção teórica e conceitual para a construção da medicina social no Brasil (NUNES, 2016). É um momento de posicionamento em direção ao paradigma da determinação social em saúde. A Conferência de Alma-Ata (1978) colocou em destaque o tema dos determinantes sociais. Laurell (1983) indica que, desde o final da década de 1960, a crescente crise política e social que acompanha a crise econômica levou, internacionalmente, a uma nova etapa de lutas sociais populares que, de formas distintas, colocaram sob suspeita o modo dominante de resolver as necessidades das massas de trabalhadores. No campo da saúde, questionava-se o fenômeno da doença como um fenômeno biológico individual. No cenário latino-americano, despontava uma crise da prática médica clínica, insuficiente para melhorar as condições de saúde coletiva.

O aumento do adoecimento e das doenças poderia ser explicado não somente na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada momento histórico. Assim, o paradigma da determinação social da saúde emergia sustentado em que a doença

poderia ser analisada como processo social, que se poderia comprovar seu caráter sócio-histórico. O processo saúde-doença adquire historicidade, pois está socialmente determinado. “É social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem à margem do momento histórico”. Enfatiza-se o problema da causalidade. Reconhece-se que a história social de um paciente condiciona sua biologia. No reconhecimento do par biológico-social, pode-se readquirir a unidade entre doença e saúde. “O vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos” (LAURELL, 1983, p. 152; 156).

Fundam-se avanços importantes em torno da epidemiologia social e da medicina social na compreensão da determinação social da saúde. No Brasil, os departamentos de Medicina Preventiva foram paulatinamente adotando uma posição mais crítica frente à realidade sociossanitária brasileira. Arouca (1986) aborda que nesse contexto a Medicina Preventiva compreendeu a prática e o ensino médico, mas principalmente fez retomar uma unidade entre indivíduo e coletivo, pois reuniu a Epidemiologia e as Ciências Sociais como matérias norteadoras. Além de recompor na escola médica a medicina das espécies e a medicina das epidemias, com a Medicina Preventiva apareceu com força os fatores sociais ligados aos hospedeiros e ao ambiente a partir do modelo de compreensão processual da saúde-doença. Em relação ao modelo biomédico clássico, em que a doença está ligada a um estado interno do organismo, um desajustamento, a Medicina Preventiva reconhecia os processos humanos interativos que criam estímulo patológico no meio ambiente.

Foi na esteira do questionamento do ideário preventivista assentado na sociologia funcionalista que também se desencadeou um debate em torno da conceituação do “social” em saúde, o que representava a incorporação das Ciências Sociais no âmbito da saúde, as bases para Medicina Social no Brasil. Desde a Medicina Preventiva, difundiram-se disciplinas não tradicionais dentro da escola médica, provocando novas frentes de conflitos e novos pontos de emergência discursiva. Desse modo, ocorreu uma progressiva reconceitualização do “social” em saúde: O “social” como *atributo pessoal* (educação, renda, salário, ocupação) no preventivismo é reconcebido teoricamente pela Medicina Social e tomado como *campo estruturado de práticas*. O social, antes difuso no pensar na Medicina, encontrou seu lugar institucional na escola médica (AROUCA, 1975; PAIM, 1985, p. 89, grifos do autor).

Evidenciam-se nesse período os programas de medicina comunitária. Eles contavam com a legitimação do discurso internacional e com o interesse de médicos em formação nas práticas extra-hospitalares, muito embora os hospitais, principalmente os universitários, pudessem compor também esse *locus* de práticas inovadoras. As universidades, como celeiros das proposições críticas e inovadoras, os recém-criados Centros de Ciências da Saúde (substituindo as faculdades isoladas, proporcionando o encontro formativo de diferentes profissões), à disposição também dos hospitais universitários como campo de experiências, tornaram mais efetivo o surgimento de proposições acerca do trabalho em equipe. Os hospitais universitários nesse período também foram considerados, além de espaços de ensino, uma espécie de fórum privilegiado quanto ao trabalho em equipe multiprofissional (PAIM, 1985; ESCOREL, 2008; VELOSO, 1985).

Paim (1985) aponta que as estratégias de formação de recursos humanos foram importantes para esse processo de reconceitualização do social na saúde e para o avanço e difusão do processo de questionamento das práticas vigentes. Embora persistisse a hegemonia da medicina curativa individual, novas modalidades de formação baseadas na integração docente-assistencial, atreladas a novas experiências de organização dos serviços, alimentaram as demandas que se faziam à política social do Estado.

Uma nova dinâmica na resistência democrática, impulsionada pela reinserção da classe operária na cena política brasileira com a crise da autocracia burguesa, tornou possível uma nova expressão da organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que culminou no Movimento Sanitário. Esse momento também tornou possível que o Serviço Social evidenciasse uma perspectiva de ruptura com a tradição profissional – ultrapassando a fronteira das discussões realizadas antes em pequenos círculos acadêmicos, estendendo paulatinamente à categoria o conjunto de suas produções (NETTO, 2011b).

No Serviço Social, podemos falar que, na primeira metade da década de 1970 (como ocorreu com a Medicina Social), também é a Universidade o espaço privilegiado para emersão do projeto “intenção de ruptura” com as bases “tradicionais” do Serviço Social (NETTO, 2011b).

No espaço universitário tornou-se possível a interação *intelectual* entre assistentes sociais que podiam se dedicar à pesquisa sem as demandas imediatas da prática profissional submetida às exigências e controle institucional-organizacionais

e especialistas e investigadores de outras áreas; se tornaram possíveis *experiências-piloto* (através da extensão, com campos de estágio supervisionados diretamente por profissionais orientados pelos novos referenciais) destinada a verificar e a apurar os procedimentos interventivos propostos sob nova ótica. Neste espaço foi possível, vê-se, quebrar o *isolamento intelectual* do assistente social e viabilizar experiências de prática *autogeridas*. (NETTO, 2011b, p. 251, grifos do autor)

A perspectiva de “intenção de ruptura”, em seu caráter de oposição, colidia com a ordem autocrática em três planos:

No plano teórico-cultural (os referenciais de que ocorria negavam a legitimações da autocracia), no plano profissional (os objetivos que se propunha chocavam-se com o perfil do assistente social requisitado pela “modernização conservadora”) e no plano político (suas concepções de participação social e cidadania, bem como suas projeções societárias batiam contra a institucionalidade da ditadura). (NETTO, 2011b, p. 248)

A autocracia burguesa não promoveu a erradicação das oposições no terreno da crítica social. Mesmo com a intervenção repressiva ou com alguma intervenção “positiva” no plano das políticas sociais, sempre restaram bolsões de oposição e crítica que minavam qualquer tentativa de mediação do Estado com as organizações políticas democráticas e populares (NETTO, 2011b).

Em se tratando do Serviço Social, uma contradição se evidenciou no fato da inserção profissional no circuito universitário ter ocorrido justamente no tempo da autocracia burguesa. Foi o surgimento de um padrão acadêmico que possibilitou a constituição de vanguardas responsáveis pelo desenvolvimento de influxos teórico-metodológicos e crítico-analíticos que questionavam as próprias bases da autocracia burguesa. “A mesma autocracia gestou necessidades e possibilidades objetivas – econômicas, sociopolíticas e culturais – que situam como concreta a alternativa de recuperar os ganhos do passado e construir, sobre o patamar da contemporaneidade, a tradição marxista brasileira que ela quis conjurar” (NETTO, 2011b, p. 111).

Entretanto, o avanço da categoria no âmbito acadêmico não ocorreu na construção de alternativas para a ação do profissional em nível institucional, inclusive no âmbito da saúde. De acordo com Bravo (2010), os assistentes sociais, na segunda metade da década de 1970, assumiram o discurso de compromisso com as classes trabalhadoras, mas foram incipientes as propostas de ação até os anos 1980. A prática ainda se pautava pela modernização, pela tecnificação e pela sofisticação, seguindo a vertente estrutural-funcionalista. No INPS, a atuação profissional ficou restrita a uma atividade subsidiária, enquanto a ação coletiva não era caracterizada como espaço de intervenção do assistente social. Até aquele momento, o Serviço Social no INPS tinha como meta “mobilizar as capacidades próprias dos indivíduos grupos e comunidades, com vistas à integração psicossocial dos beneficiários”. Era sua especificidade a atuação junto aos beneficiários (segurados ou dependentes) “com programas em nível de prática direta, administração, planejamento e política social”, concentrando sua atuação em duas áreas: saúde; trabalho e previdência (BRAVO, 2010, p. 103).

Na criação do SINPAS (separação entre o INPS e o INAMPS, ocorrida em 1977), o Serviço Social manteve-se de modo desigual na estrutura dos órgãos. Enquanto permaneceu com coordenação nacional no INPS, no INAMPS, apesar de os assistentes sociais atuarem nos serviços ofertados à população, a profissão não aparecia na estrutura formal da instituição. Nesse cenário, Bravo (2010) avalia que os assistentes sociais lutaram apenas para garantir *status* profissional e não se aproveitou o momento para lutar para redefinir a ação profissional naquele espaço, que era o maior campo de trabalho dos assistentes sociais na saúde. Avalia que, durante muitos anos e mesmo com as influências do conjunto de reflexões oriundas do projeto de “intenção de ruptura”, a ação profissional se apoiava em duas vertentes: histórico-estrutural e psicossocial, sendo que havia uma dificuldade de apreensão da primeira, que muitas vezes se mantinha apenas no plano do discurso.

Essas duas correntes foram assim definidas por Bravo (2010):

A histórico-estrutural apresenta como questões centrais: o compromisso com a classe trabalhadora, sendo importante desmitificar o caráter paternalista das ações desenvolvidas pela instituição, no sentido de contribuir para o desenvolvimento de uma consciência crítica sobre os direitos de cidadania junto a funcionários, usuários e população, objetivando a democratização da

instituição. Foram ressaltadas a articulação com os movimentos sociais, a capacitação e organização da categoria para fazer frente às situações institucionais que se apresentam e a própria situação conjuntural que permeia todas as ações. Na *psicossocial*, foram salientados como eixos norteadores da ação: as necessidades emergentes da clientela no que se refere à promoção, recuperação da saúde e Reintegração Social; a identificação e tratamento de problemas psicossociais que interferem na saúde; a identificação e tratamento de situações de crise; a humanização das relações interpessoais e a circulação de conhecimentos sobre direitos da Previdência Social, ajuda supletiva, direitos trabalhistas e de cidadania, visando o bem-estar social. (BRAVO, 2010, p. 136, grifos da autora)

Além da manutenção de um padrão de atuação mais próximo à vertente tradicional, ligando a profissão mais à execução terminal de políticas sociais, os assistentes sociais não se engajaram ao Movimento Sanitário. “O assistente social no processo de reelaboração do setor saúde ficou marginalizado, não participando nem sendo solicitado para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho de Estado” (BRAVO, 2010, p. 124).

Tal questão pode estar relacionada com o fato de que, inseridos na estrutura da Previdência Social, em que os defensores do setor público ocupavam em número reduzido a instituição, os assistentes sociais não experimentaram a possibilidade de partilhar das mesmas projeções progressistas que puderam vivenciar e desenvolver os sanitaristas para defender novas proposições para saúde pública. Estes tiveram possibilidade de maior penetração no Ministério da Saúde, que era desprestigiado e subordinado à lógica previdenciária, tal como sinaliza Bravo (2010).

Na superação das condições impostas no período militar-fascista, que obstaculizou o projeto desenvolvimentista sanitarista, foram cruciais, a partir do Movimento Sanitário, a produção de conhecimento (com importante peso, as contribuições da Saúde Coletiva⁴²), as proposições

⁴² Para Paim e Filho (1998, p. 308), a Saúde Coletiva se configura como “‘campo científico’, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como

assistenciais e a prática política. O marco desse processo foi a VIII Conferência de Saúde (1986). O conceito ampliado de saúde foi nela elaborado e consolidado. Passa-se a tratar da correlação entre as condições de saúde e as condições gerais de vida da população, tais como: moradia, saneamento, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde.

A luta pela democratização do país, com o fortalecimento das organizações da sociedade civil e o movimento sindical, articulou-se numa base institucional de atuação. Dentre as estratégias utilizadas, destacam-se: a luta por serviços assistenciais sob a lógica da produção social da saúde; a participação social no processo de mudança e produção dos serviços de saúde; a defesa de princípios e diretrizes relativos à unificação e descentralização do sistema de saúde, do direito à saúde, à cidadania e democracia (CARVALHO, 2005).

Assim, a Saúde Coletiva também se consolidou pondo em questão o *status quo* socio-sanitário, principalmente na década de 1980, através de práticas sociais voltadas ao campo teórico (construção de um saber), ideológico (criação de consciência sanitária como parte da consciência social) e também como prática política (objetivando a transformação das relações sociais). “Bastante influenciada pelo marxismo, estruturalismo e pós-estruturalismo francês, a Saúde Coletiva desconstruiu, o quanto pôde, o império biomédico dominante em pesquisa, ensino e práticas em

âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’”. Para os autores, é importante observar que a Saúde Coletiva não pode ser entendida como disciplina científica. O trabalho teórico epistemológico recente da área informa a Saúde Coletiva como um campo interdisciplinar, que teve inicialmente profícuo diálogo com a saúde pública e medicina social. São atualmente suas disciplinas básicas: epidemiologia, planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde, que abrangem o desenvolvimento investigativo sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação processo de trabalho e doenças, e as intervenções sobre a questão sanitária. Por isso, a Saúde Coletiva, como campo de conhecimento, define suas contribuições ao estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca na explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM & FILHO, 1998, p. 309, grifos do autor).

saúde”. O grande avanço no campo da saúde que repercute atualmente foi a ampliação das perspectivas para o processo saúde-doença sob a lógica da determinação social. A Saúde Coletiva também demonstrou os limites da lógica explicativa das endemias e epidemias e ressaltou a estreita relação entre política e direito à saúde (CARVALHO, 2005, p. 13).

Para Carvalho (2005), até o final da década de 1980, a Saúde Coletiva está comprometida com a mudança, principalmente enquanto modelo teórico. Posteriormente, pode-se evidenciar sua articulação em correntes distintas que se manterão como importantes referenciais para a produção de conhecimento à qual o Serviço Social recorre para diálogo. São correntes⁴³ que também imprimiram suas tendências nas políticas de

⁴³ Duas correntes contemporâneas, a da “Vigilância da Saúde” e a “Em Defesa da Vida”, podem ser destacadas. Ambas surgem no final da década de 1980. A corrente de “Vigilância da Saúde” tem como premissas teóricas que a saúde resulta de um processo de acumulação social. Mendes (1996, p. 240), seu principal representante, propõe a adoção do paradigma da produção social da saúde, cujos fundamentos estão na teoria da produção social, que partem do pressuposto de que “tudo que existe é produto da ação humana na sociedade, abrangendo desta forma a produção de bens e serviços econômicos e não-econômicos”. Toda criação do ser humano, a partir de suas capacidades políticas, ideológicas, cognitivas, econômicas, organizacionais e culturais, é um processo de produção social que altera, por sua vez, essas próprias capacidades. Mendes (1996, p. 245) destaca a construção social de uma nova prática sanitária, que denomina de Vigilância da Saúde, entendida como “resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenção”. Visa à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade. As estratégias de intervenção da Vigilância da Saúde resultam da combinação de três grandes tipos de ações: promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa, que tratará de combinar em eficácia e eficiências sociais os três tipos de ação (MENDES, 1996). Outra corrente, a “Em Defesa da Vida”, se organizou com base em três princípios fundamentais: a) Gestão democrática; b) Saúde como direito de cidadania; c) Serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva. Tem como principal reivindicação o fato de que os modelos de atenção sugeridos não continham propostas para o trabalho médico (para redefinição da clínica) e o atendimento ao indivíduo doente. Sua abordagem metodológica foi enriquecida pelas contribuições de Foucault, Guattari, Deleuze e Castoriadis. A proposta toma referências da epidemiologia social latino-americana, mas em dois pontos a questiona: sua limitação e perceber os aspectos individuais do adoecer e a incorporação de novos sujeitos sociais na luta em defesa da vida. Nesse sentido, a saúde deve ser assumida como resultado de um processo de produção, um

saúde nas gestões petistas nos últimos anos. Nessa direção, são correntes que informam, por exemplo, também a concepção do trabalho em equipe contida em algumas normativas e legislações publicadas nessas gestões, assim como ferramentas e referenciais metodológicos para atuação em equipes, como a Clínica Ampliada e o Projeto Singular Terapêutico, então ligadas às proposições da corrente “Em Defesa da Vida”.

Matos (2003) chama a atenção para a distinção que vem se afirmando entre o projeto da Reforma Sanitária e a Saúde Coletiva no Brasil. Compreende que, na década de 1990, influências ideológicas e teóricas presentes na Saúde Coletiva demonstram sua desarticulação às teorias preocupadas com a totalidade. Em síntese, os cenários teóricos postos ao Serviço Social e à Saúde Coletiva são tomados como diferentes: “Concretamente, pode-se afirmar que a hegemonia do marxismo no debate da saúde coletiva ‘perdeu’ expressivo espaço, o que não aconteceu, pelo menos ‘ainda’, no ‘debate’ do Serviço Social”. Conclui que o debate da Reforma Sanitária não é mais hegemônico no âmbito da Saúde Coletiva, que recorre às “teorias não totalizantes” (MATOS 2003, p. 91, grifos do autor).

5.3 Saúde e Serviço Social pós-rupturas

Os anos 1980 foram os mais significativos em relação às condições concretas para o avanço do projeto profissional identificado como os

objetivo a ser alcançado por tecnologias e saberes. Produzir saúde significa “contribuir para aumento do coeficiente de autonomia de indivíduos e coletivos para viver a vida, possibilitando-lhes lidar com as limitações decorrentes da doença”. Desenvolve conceitos, estratégias e tecnologias de gestão com o intuito de implementar as diretrizes que viabilizem a “gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado da clientela, o acesso de serviços resolutivos e o fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades”. Neste contexto, a prática sanitária deve cada vez mais privilegiar tecnologias e saberes como a educação, a psicanálise, as ciências políticas e a assistência social. Propõe a substituição da atual clínica, degradada, por uma “clínica ampliada”, que se configure como um processo e espaço de produções de relações e intervenções, de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir. Propõe a substituição das tecnologias semióticas tradicionais, que desconsideram a interferência do social e do subjetivo, por uma prática holística que valorize a relação intersubjetiva e a história social (SILVA JÚNIOR, 1998; CARVALHO, 2005, p. 123; 125).

interesses das classes subalternas. O Congresso da Virada (1979) foi emblemático para impulsionar o estabelecimento da profissão na perspectiva histórico-crítica consistente como um aprofundamento na tradição marxista. Nessa direção, “setores expressivos da categoria dos assistentes sociais, constituídos por vastos segmentos profissionais e estudantis, aprofundam suas inserções e compromissos no amplo movimento de luta pela democratização da sociedade, reorientando o movimento de reconceitualização profissional no país” (ABREU, 2002, p. 152).

Entende-se que o assistente social deveria intervir sobre o que lhe é demandado (sob um projeto ético-político profissional) a partir de uma “compreensão histórico-crítica”, que implica também identificar a significação, os limites e as alternativas da ação focalizada. Ademais, uma das contribuições efetivas da profissão foi sua inserção nos processos de luta pela conquista e garantia com ampliação de direitos sociais com base na democratização da gestão pública. Isso se traduziu no reposicionamento dos usuários na dinâmica das práticas institucionais como sujeitos de direitos (NETTO, 1996; ABREU, 2002).

Os direitos serão para o Serviço Social uma resposta às necessidades legítimas da classe trabalhadora. Os direitos, assim como os serviços e as políticas sociais, são tomados como respostas de temas das lutas político-reivindicatórias dessa classe, estratégia de defesa de sua própria sobrevivência. Manifestam a pauta e a capacidade de mobilização e organização da classe operária e do conjunto dos trabalhadores, as quais o Estado responde com antecipações estratégicas (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991; NETTO, 2011a).

Assim, no Serviço Social, a luta político-reivindicativa e a organização das classes trabalhadoras capturadas no período de renovação profissional (que coincidiu com o período da autocracia burguesa no país) tornaram-se base para o fortalecimento da dimensão político-profissional. Isso ocorreu “seja por determinação das contradições sociais que se acirraram e pelos projetos de classe em confronto, seja porque o saber fazer profissional já não era suficiente para responder às demandas postas pela complexificação da sociedade brasileira” (MOTA, 2017, p. 46).

A redemocratização brasileira, que envolveu, simultaneamente, grandes doses de continuidade política misturadas com algumas doses de inovação política, mostrou que as forças hegemônicas ao longo do processo mantiveram o controle sobre o sistema político, enquanto a incorporação de reivindicações do Movimento Sanitário na Constituição

de 1988 mostrou que a lei foi capaz de incorporar novos elementos culturais surgidos na sociedade à institucionalidade emergente (AVRITZER, 2002).

A essa nova base, atrelaram-se novos requerimentos à profissão, relativos ao conhecimento da realidade, aos fundamentos do exercício profissional e às opções ideopolíticas do Serviço Social. O conhecimento crítico da realidade, que ganhou evidência com a aproximação ao pensamento marxista e gramsciano, se fez numa década de "euforia democrática". No campo da política social, a Constituição Federal de 1988 tornou possível vislumbrar uma confluência virtuosa entre os dispositivos legais criados para a implementação do projeto da Seguridade Social brasileira e o movimento da categoria profissional em torno de seu Projeto Ético-político Profissional (MOTA, 2017; MIOTO & NOGUEIRA, 2013).

O Serviço Social se ligou tardiamente ao Movimento Sanitário, porém, na década de 1990, a profissão já consolidava as discussões encampadas pelo Movimento em torno da argumentação crítica empreendida pela Saúde Coletiva. Assim, quando os assistentes sociais se aproximaram ao empreendimento da Reforma Sanitária brasileira, encontraram um campo teórico e político afinado com os ideais críticos e princípios éticos assumidos pela categoria profissional e a leitura mais acurada do pensamento marxiano sobre a saúde (BRAVO, 2010; MIOTO & NOGUEIRA, 2009).

No Brasil, ocorre que, muito precocemente, a ofensiva neoliberal fez com que a euforia democrática fosse minada, implicando os grupos comprometidos com os avanços dos direitos a construir a crítica e a posição de novas lutas (MOTA, 2017). Nesse processo, Mioto & Nogueira (2013) indicam duas situações que provocaram a ruptura da curta relação virtuosa entre Serviço Social e as políticas sociais no Brasil: em primeiro lugar, as proposições fundamentais da Seguridade Social brasileira foram revertidas, assegurando uma séria contenção ou redução dos ideais universalistas e igualitários dos direitos sociais abrangidos nessa área. A focalização em populações vulneráveis e de risco social, por exemplo, confirma a séria divergência entre o definido sobre a proteção social na Constituição de 1988 e a operacionalização das políticas sociais e os valores profissionais. Em segundo lugar, a geração de uma forma complexa de demandas (de natureza quantitativa e qualitativa) vinculadas ao desenho e à forma de institucionalização dos programas sociais, influenciados pelas matrizes de regulação das agências multilaterais de financiamento e fomento. Tal influência se expressou em exigências de

avaliação de ordem quantitativa e de intenso controle gerencial-burocrático sobre as ações desenvolvidas e os resultados obtidos (MIOTO & NOGUEIRA, 2013).

De acordo com Bravo & Matos (2004, p. 36), nesse período, consolidaram-se, no campo da saúde, dois projetos políticos em disputa que apresentaram diferentes requisições para o Serviço Social: a) Projeto Privatista/Neoliberal, que demanda a “seleção sócio-econômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de abordagens individuais”; b) Projeto da Reforma Sanitária, que demanda o trabalho no sentido da “busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã”.

Afinados com o segundo projeto, os assistentes sociais estabeleceram, assim, uma pauta clara em torno da defesa do “direito à saúde” e da crítica à “ofensiva neoliberal” no campo das políticas e serviços sociais recém conquistados. Em defesa do SUS, em sua posição estratégica no campo das políticas sociais, o projeto da Reforma Sanitária passou a ser um projeto compartilhado e defendido pela profissão.

Portanto, é possível retomar que, na década de 1990, a política de saúde foi marcada pela institucionalização do SUS, explicitando nos textos da sua regulamentação (Lei 8.080/1990 e 8.142/1990) a expectativa de estabelecer um sistema de serviços de saúde que atendesse universalmente às necessidades de saúde da população e desenvolvesse práticas reorganizadas em torno de uma perspectiva de integralidade. Contudo uma das primeiras grandes medidas, que retomamos para discutir a inserção do Serviço Social na política de saúde, é a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS, implementado em 1991) e do Programa de Saúde da Família (PSF, implementado em 1994). O PSF centra a atenção na família que, por sua vez, é atendida a partir do seu ambiente físico e social.

De um lado, o discurso oficial afirmava o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica; por outro lado, as críticas indicavam a opção governamental por um modelo baseado em recomendações das agências multilaterais (como o Banco Mundial), que sinalizavam para práticas de focalização na atenção à saúde dos grupos mais pobres pela oferta de uma “cesta básica” de serviços.

No Brasil, este ideário implicou (e ainda implica) a proposta de flexibilização do SUS de acordo com as necessidades dos estados e municípios de balancear a relação acesso/recursos, em que as ações de saúde deveriam pautar-se em três estratégias: criar uma “ambiência econômica” para que as famílias melhorassem suas condições de saúde; redirecionar os gastos governamentais para programas mais eficazes em função dos custos e focalizados nos pobres; propiciar diversificação e concorrência no financiamento e na prestação de serviços de saúde (CONILL, 2002).

Preconizava-se que no PSF o atendimento fosse prestado na unidade básica ou no domicílio pela equipe básica (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde). Quando ampliada, a equipe contaria com um dentista. A incorporação de profissionais de outras áreas de formação era permitida, porém não era financiada pelo Ministério da Saúde. O financiamento do programa contemplava apenas a equipe básica e ficava a cargo dos municípios o custeio de outros profissionais que se indicasse para integrar a equipe.

Embora a Saúde da Família, elevada à condição de Estratégia de orientação da atenção primária em 2006, assim como os serviços especializados na atualidade, preconize o trabalho em equipe multiprofissional e atuação interdisciplinar, nada garante que se rompa com a prática médico-centrada. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi concebida com uma “equipe mínima”, o que não foi superado até o momento. A incorporação dos assistentes sociais na atenção primária pela ESF, a critério do gestor, ocorreu de forma incipiente e heterogênea. Mesmo com a implantação do Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF)⁴⁴, também fica a critério do gestor local a definição das áreas que

⁴⁴ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados em 2008 pelo Ministério da Saúde. É atualmente regulamentado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011a, p. 15-16). Os NASF têm como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade: “são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes”. Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não dispõem de unidades físicas independentes. Seu trabalho, segundo o texto da

irão compor a equipe. Além disso, se pensarmos na questão da demanda, as práticas de regulação do acesso aos profissionais dessa equipe ficam centradas na figura do médico e da enfermeira. O NASF chega a não ser considerado como integrante da atenção primária (MARTINI, 2017).

Ficam evidentes as dificuldades para se alcançar o trabalho com a promoção à saúde na atenção primária quando a preservação de uma lógica de integração facultativa de profissionais de áreas de formação tão relevantes se associa ao baixíssimo quantitativo profissional. Como sinaliza Martini (2017), vigora em grande parte das unidades de saúde do Brasil que somente um profissional seja o responsável por áreas adscritas aos centros de saúde.

Embora se demonstresse alguma vontade de avançar em direção a incrementar as práticas na atenção básica, as questões apontadas acima refletem a face ambígua das políticas na área da saúde nas gestões petistas, que ora caminhavam para inovação, ora para a continuidade, voltando-se aos interesses mercadológicos (BRAVO, 2010). Segundo

Portaria, ocorre “a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados etc.) além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias”. Deseja-se, com o NASF, rever a “prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica”. Trata-se do intermédio da ampliação da clínica. “São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.”. São ocupações que podem compor as equipes do NASF: “Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas”. Ficou definido que “a composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas” (BRASIL, 2011a, p. 15-16).

Bravo (2010, p. 14), a principal expectativa era com relação ao fortalecimento do projeto de reforma sanitária na saúde. “A escolha de profissionais comprometidos com a luta pela reforma sanitária para ocupar o segundo escalão do ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, com destaque para a criação da secretaria de gestão estratégica e participativa e gestão do trabalho e educação em saúde; a convocação extraordinária da 12ª conferência nacional de saúde” estão entre as expressões de inovação. Como continuidade, podem-se enfatizar “a focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, o desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social”.

De modo geral, Mota (2017) analisa que o Serviço Social brasileiro, nos últimos 35 anos, ampliou sua função intelectual, como profissão e área de produção do conhecimento, conduzindo-se teórica, ética e ideologicamente em contraposição às iniciativas da hegemonia das classes dominantes. Para isso, conta com uma massa crítica de conhecimentos para a formação de uma cultura profissional em favor dos interesses da classe trabalhadora. Destaca-se também a articulação à esquerda marxista no Brasil. Em termos de atuação do assistente social, a contra-hegemonia se expressa na busca pela “inserção política e intervenção crítico-pedagógica junto aos movimentos sociais, aos processos político-organizativos urbanos e rurais, pela formulação e execução de políticas sociais, e como articulador do exercício de direitos, de conquistas e lutas sociais” (MOTA, 2017).

Muito embora as avaliações dos 80 anos do Serviço Social no Brasil apontem que o grande avanço tenha sido o da profissão se estabelecer na contra-hegemonia dos interesses burgueses, em favor dos interesses das classes subalternas, avaliações bastante difundidas (VASCONCELOS, 2002; BRAVO & MATOS, 2004; BRAVO, 2010) sugerem que, no campo da saúde, o Serviço Social responde de modo insuficiente às requisições formuladas para o fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária; que os assistentes sociais têm posição passiva diante das demandas postas no cotidiano que, como se ressaltou, seriam a expressão da falta de condições para uma leitura crítica da realidade e de outras inseguranças. Fala-se de um descompasso entre o objeto da ação profissional e as referências teórico-metodológicas que servem de base para as conexões que os profissionais (assistentes sociais, pesquisadores, docentes e assessores/consultores) estabelecem com o seu objeto. Assinala-se também a dificuldade que a profissão teve (e tem) de se colocar no Movimento pela Reforma Sanitária, explicada pelo fato de a

profissão estar em movimento de renovação, movimento esse que se concentrou nas universidades e não nos serviços. Assim, entende-se que, apesar do aprofundamento na fundamentação e consolidação teórica, poucas mudanças chegaram a se efetivar no âmbito da intervenção naquele momento, o que reverbera na atualidade da profissão frente às dificuldades de estabelecer-se mais atrelado a sua “verdadeira” demanda. A dificuldade do “tratamento” dos assistentes sociais às demandas repercute, como se abordou, no ensino, na pesquisa, na prática e no mercado profissional. Na prática profissional, considera-se que o assistente social vem reproduzindo e legitimando práticas tradicionais e conservadoras, desarticuladas dos interesses e necessidades da classe trabalhadora.

Foram abordados até aqui alguns aspectos que consideramos centrais dos desenvolvimentos do Serviço Social e da política de saúde no Brasil e, a partir delas, podemos fazer algumas considerações acerca da inserção do assistente social nos serviços do SUS. A ditadura, momento da autocracia burguesa no Brasil, como se viu, foi um processo que interrompeu o projeto do desenvolvimentismo sanitário no país na entrada dos anos 1960. A ditadura, como um “curto-circuito” (tal como atribui Netto, 2011b), teve como impacto a evolução e maciço desenvolvimento de um modelo privatizante (que já era precoce em comparação a outros países da região, tendo em vista que é um modelo que se origina na década de 1920), centrado no hospital e na medicina sustentada pela indústria farmacêutica. Os “curtos-circuitos” provocados pelo movimento da autocracia burguesa, a nosso ver, impactaram na formação e retenção de quadros profissionais de assistentes sociais nos serviços especializados, principalmente nos hospitais.

Se observarmos a experiência uruguaia (CERCHIARO, 2008), a formação de assistentes sociais ocorre por uma forte demanda ligada à composição de quadros profissionais nos serviços de atenção primária em saúde⁴⁵. Um desenvolvimentismo sanitário de corte pan-americano na década de 1940 deixou como legado uma forte rede institucional na atenção primária. Sob o discurso da prevenção a saúde, foi-se abrindo um

⁴⁵ Cerchiaro (2008) retrata a emergência do Serviço Social no Uruguai na década de 1940. A hipótese central da pesquisa é que o Serviço Social nasce naquele país – sob influência de um movimento comum a outros países da América Latina – associado a estratégias disciplinadoras que se construíram como parte do processo de medicalização da sociedade. Neste sentido, pode-se sustentar que o espaço profissional no Uruguai estaria geneticamente ligado à área da saúde.

campo que foi ocupado por profissões novas ou em processo de institucionalização como o próprio Serviço Social⁴⁶.

No Brasil, o estabelecimento da atenção de nível primário estruturado em um sistema de serviços de saúde pública ocorre tardiamente. E já sob a influência das agências multilaterais vai, inversamente, garantir espaço à figura da “visitadora”, no caso, o agente comunitário de saúde. Em detrimento de uma equipe multiprofissional em sentido amplo, um dos aspectos que sustentaria uma aproximação à efetivação de um conceito ampliado de saúde, os limites financeiros e, muito provavelmente, a expressão da força hegemônica de lastro biomédico, culminou na opção pela “equipe mínima”.

Mesmo nesse terreno contraditório, o paradigma da determinação social e a concepção ampliada de saúde tornaram-se estruturantes do processo de atenção à saúde-doença, o que tornou a saúde um terreno extremamente fértil para o Serviço Social renovado. Pode-se falar que esse “terreno” dá condições de ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais e de viabilidade de ressignificação das competências e ações profissionais. Nele podem-se localizar algumas as premissas para a atuação dos assistentes sociais em saúde: as necessidades sociais em saúde; o direito à saúde e a produção da saúde⁴⁷ (MIOTO & NOGUEIRA, 2009).

Assim, a adesão ao novo paradigma permitiu aos assistentes sociais encaminharem suas ações de forma a tensionar a política social vigente em direção aos ideais da Reforma Sanitária e do projeto ético-político da profissão. Desse modo, segundo Miotto & Nogueira (2009),

⁴⁶ No Uruguai, vigoraram, por meio de cooperação internacional, os Serviços Cooperativos Interamericanos de Saúde Pública. Uma importante ação decorrente dessa proposição foi a construção dos centros de saúde, em que se buscou estender à população que carecia deles os serviços de medicina preventiva, coordenando em um só edifício diversos aspectos dessa atividade médica – proteção materno-infantil, enfermagem sanitária, odontologia, prevenção à tuberculose e doenças venéreas, higiene ambiental, vacinações preventivas, etc. (CERCHIARO, 2008).

⁴⁷ “As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde” (MIOTO & NOGUEIRA, 2009, p. 223).

definem-se três grandes marcos que relacionam as ações profissionais e sua ressignificação pelo modelo instituído pelo movimento sanitário definido constitucionalmente:

- a) A sedimentação de uma nova visão analítica sobre o processo saúde-doença, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais, o que desencadeia um novo modelo de atenção e inclui a atenção à saúde como um dos pilares estruturantes dos sistemas públicos de bem-estar. Nessa direção, os tradicionais esquemas de prevenção e cura alargam-se para abranger práticas de distintas disciplinas voltadas à promoção da saúde e seus adensamentos conceituais na busca por responder ao modelo do SUS.
- b) A presença paradoxal da desqualificação do social e o declínio (ou uma redução) da concepção ampliada de saúde. Trata-se de um paradoxo presente na concepção das políticas, programas e projetos em saúde que disputam, mas, ainda assim, evidenciam a relação entre saúde e economia, saúde e trabalho, saúde e medicina, saúde e condições de vida;
- c) O movimento de reorganização e de atualização das práticas em saúde com o alargamento das ações de outras profissões em direção ao social evidencia sua importância na área, principalmente em torno de concepções como integralidade e intersetorialidade (MIOTO & NOGUEIRA, 2009).

A qualificação desse “social” é algo que se observa numa perspectiva crítica desde o final do processo de renovação profissional. Souza (1979)⁴⁸ defendeu que definir o social era uma forma de garantir uma expressão real do que de fato é a prática do assistente social,

⁴⁸ Souza (1979, p. 40-41) explorou ainda as indefinições do “social” no campo das teorias. A princípio, verificou que “social” podia estar atrelado a um processo “empírico” ou a perspectivas “globalizantes”. O “social” empírico abarcava as “medidas adotadas e ações desenvolvidas, particularmente pelos poderes públicos, a fim de garantir aos indivíduos, mais notadamente àqueles desfavorecidos, um mínimo de recursos ou de serviços para a proteção contra os riscos gerais da existência”. A essa concepção se ligava a prestação de assistência às populações carentes (de saúde, de emprego, de habitação, entre outras) e solução institucionalizada dos problemas sociais. Para autora, esse “social” empírico é também estático, já que “omite a realidade da contínua reprodução social da população carente”. A base das decisões são as estatísticas e pouco se relaciona à realidade da população.

informando suas atribuições. Havia, segundo a autora, uma estreita relação entre a prática do assistente social e uma concepção sistêmica do social⁴⁹. Contudo, era necessário pensar as desigualdades sociais como característica das sociedades na produção da sua existência e não como produto de disfunção sistêmica. O esforço de superação do arcabouço funcional-sistêmico passava, então, por uma definição mais concisa do “social” ou da matéria-objeto do Serviço Social.

Para Santos (2012), o Serviço Social renovado efetuou uma releitura da questão social como conceito, já que nasce com propósitos originalmente conservadores⁵⁰. O “social” que aparecia para Souza (1979) como conceito-chave na definição do objeto de trabalho do assistente social, sob a pauta crítica do Serviço Social das décadas seguintes, ganha novos contornos pelo conceito de “questão social”, que é comumente usado entre os assistentes sociais para apoiar ou mesmo definir seu objeto de trabalho.

Strazzeri (2014, p. 513), revisando o “social” nos marcos do processo de ruptura, avalia que existe um “social” cunhado por setores conservadores. Lembra que hoje ainda existem outros termos

⁴⁹ As perspectivas teóricas globalizantes estão presentes nas concepções funcionais e sistêmicas da sociedade e o “social” é compreendido como o “conjunto das relações necessárias, que tornam interdependentes os componentes da sociedade e como tal implicados uns em relação aos outros”. Durkheim, Parsons e Merton são recobrados na interpretação dessa perspectiva que toma o “social” como sistema de interdependência nos quais os atores sociais podem estar disfuncionais ao sistema ao não desempenham os papéis esperados. Esses atores são também os atingidos pela pobreza (SOUZA, 1979).

⁵⁰ O conservadorismo clássico é objeto de estudo de Escorsim Netto (2011), que trata, por exemplo, das suas funcionalidades sociopolíticas, que remonta aos anos 1840. Primeiro, focou o questionamento político do ideário revolucionário e, paulatinamente, ganhou centralidade na articulação científico-sociológica. Comte e Tocqueville são exemplares desse novo quadro sociocultural no qual o conservadorismo “tende tanto a estruturar-se como *filosofia social*, seja sob a forma de *teoria política*”. Segundo a autora, as características centrais do que podemos chamar de primeira função sociopolítica do conservadorismo são mantidas ao longo dessa transição – a recusa aos fundamentos democratizantes presentes no contratualismo jusnaturalista; a desqualificação do indivíduo dada a compreensão da necessidade do homem ser tutelado; a apologia ao preconceito, que é pautada nessa centralidade na autoridade tradicional; com isso, a constante valorização da família como base moral e *locus* da tradição e a defesa da existência de *grupos intermediários* que façam a mediação entre indivíduos e sociedade (ESCORSIM NETTO, 2011, p. 51, grifos da autora).

problemáticos, como “empreendedorismo”, “responsabilidade social”, “situação de risco/vulnerabilidade social” que aparecem constantemente na propositura das recomendações político-econômicas de cunho neoliberal.

Assim, na literatura contemporânea do Serviço Social, a discussão mais contundente sobre o “social” é a de matéria-objeto do profissional e parece estar fundida à discussão da “questão social” seguindo a análise marxiana, que originalmente tratava da realidade inglesa do século XIX⁵¹. Embora estranho ao universo marxiano, o conceito de “questão social” é relido na tradição marxista difundida no Serviço Social para ganhar densidade crítica e são praticamente consensuais os marcos de seu processo sócio-histórico sob a “lei geral da acumulação capitalista” (SANTOS, 2012).

Essa discussão aparece em Yamamoto (2001, p. 59; 64) e tornou-se uma das questões de “domínio público” na profissão. Defenderá a hipótese que a questão social se “conforma como a matéria-prima do trabalho profissional, sendo a prática profissional compreendida como uma especialização do trabalho, participe de um processo de trabalho”. O assistente social realiza seu trabalho como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe. “Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais”.

O processo de trabalho dos assistentes sociais implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação, meios ou instrumentos de trabalho e a própria atividade que resulta num produto. O pressuposto das diferentes “expressões” da questão social é descrito por Yamamoto (2001, p. 62, grifos da autora) nesse caráter de objeto de trabalho e se torna amplamente difundido na profissão: “o *objeto de trabalho*, aqui considerado, *é a questão social*. É ela, em suas múltiplas expressões, que provoca a necessidade da ação profissional junto à criança e ao adolescente, ao idoso, a situações de violência contra a mulher, à luta pela terra etc.”. Em correlação, as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social (BRASIL, 2002a, p. 1) já definiam que o assistente social

⁵¹ Segundo Santos (2012), a “questão social” deve ser entendida como um conceito e não como categoria, já que não tem esse *status* no sentido marxiano, ou seja, não existe na realidade, não tem forma de ser ou existência concreta – a existência concreta é das expressões da “questão social”, como expõe a autora.

é o “profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento”. A “identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social”, é uma das competências e habilidades do profissional.

Yazbek (2013, p. 13) compreende que a questão social “tem posição nuclear como objeto da intervenção profissional e também de estudos e pesquisas desenvolvidos pelos assistentes sociais em sua função intelectual, para a construção de conhecimentos na área do Serviço Social e das políticas sociais”. A autora expressa certo “domínio-público” do Serviço Social acerca desse conceito e debates variantes, problematizados por suas novas configurações no mundo contemporâneo, pelo desafio de abordagem e desvelamento que, em contexto de crise, interpelam o Serviço Social às novas manifestações e expressões da questão social. Para Yazbek (2013), as novas manifestações e expressões da chamada questão social são resultantes das transformações estruturais do capitalismo. A elas estão relacionados os processos de redefinição dos sistemas de proteção social e da política social que emergem nesse contexto e colocam em disputa “o lugar do social” na construção da nação. Com isso, afirma, corre-se o “risco” de se perder o sentido das ações sociais destinadas apenas aos mais pobres. Pastorini (2010, p. 46), por sua vez, também coloca que, na atualidade, o Estado sofre transformações importantes e se alinha sob a lógica neoliberal para o encolhimento “da ação reguladora do Estado na esfera do social”.

A preocupação com a especificidade em torno do social (matéria-objeto) é algo crucial no debate das demandas de atuação do assistente social em saúde. Trabalhou-se que tradicionalmente o social se expressa na demanda para o assistente social como problema de etiologia do ambiente familiar e da responsabilidade dos indivíduos em gerir a própria vida, o corpo, recursos, ambientes. Nos hospitais, o caráter de atenção excludente e seletiva e a demanda pelo ajustamento social da população usuária ainda são presentes. Por outro lado, os assistentes sociais, como categoria que tem definido para si a “questão social” como objeto (IAMAMOTO, 2001) e suas ações se dispõem num campo organizado de conhecimentos acerca da proteção social de sujeitos singulares ou grupos de sujeitos, usuários das diferentes políticas setoriais (MIOTO & NOGUEIRA, 2013). É na direção da proteção social que os assistentes sociais se colocam nos serviços se alinhando às proposições contra-hegemônicas, que na saúde se organizam em torno de um conceito ampliado e do reconhecimento da determinação social desse processo,

defendendo o acesso efetivo a esse direito e a outros no conjunto das políticas e direitos sociais.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

Desde o início do percurso desta pesquisa, vem-se demarcando como objeto o processo de demanda de atuação dos assistentes em serviços de saúde. Como se problematizou de maneira geral, as demandas junto com as reservas teóricas e prático-sociais explicam o dinamismo do estatuto da profissão (NETTO, 1996). São um campo de possibilidades às respostas profissionais que podem se tornar compatíveis em maior ou menor proporção com o processo hegemônico a partir das funções conectivo-organizativas que exercerá o assistente social, esse intelectual de novo tipo (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991).

Como abordado, no atual contexto profissional, as demandas estão bastante vinculadas à dinâmica das políticas sociais. Isso implica que abordar as demandas é também abordar um jogo entre protagonistas num campo atravessado por contradições, confrontos e conflitos (NETTO, 1996, 2011a). Nessa mesma direção, torna-se importante compreender as relações sociais nas quais se realiza a atividade profissional, o conjunto de condições que informam o processamento da ação e condicionam a possibilidade de realização dos resultados projetados (IAMAMOTO, 2012).

Ajustando-se as lentes de abordagem, avalia-se a necessidade de avançar na abordagem da processualidade das práticas. Na oportunidade da experiência profissional desenvolvida no HU/UFSC, considerando a possibilidade de explorar da realidade dos serviços, quer se chegar ao processo da demanda de atuação do assistente social, entendendo que vem se estabelecendo a partir de uma compreensão da matéria-objeto dos assistentes sociais. É nesse horizonte que se desenhou a presente proposta metodológica.

6.1 Direções da crítica de tradição histórico-dialética e perspectivas para metodologia da pesquisa

Ensejam-se, nesse momento, algumas indicações acerca do caminho teórico-metodológico para a elaboração da tese de doutoramento e a operacionalização da pesquisa. Entende-se que o método compreende uma relação entre o sujeito e o objeto (MARTINELLI, 1999) e, para o avanço das discussões acerca da configuração da demanda de atuação de assistentes sociais por profissionais das equipes de serviços hospitalares, uma opção que se coaduna com o processo formativo na área de Serviço

Social é o de cunho histórico-dialético, sob o qual se privilegia apoderar-se dos pormenores de uma situação, analisar seu desenvolvimento e perquirir a conexão íntima que há entre eles. Nessa direção, por ora, afirma-se uma inspiração no método materialista histórico-dialético, com a devida modéstia de um trabalho intelectual cuja pretensão é de aproximação e não de fino acabamento. Talvez o que se queira alcançar é aquilo que se coloca indubitável nos fundamentos da proposição marxiana⁵²: um diálogo entre a conceitualização e a confrontação empírica e o desenvolvimento teórico crítico. Desse modo, o exercício metodológico se expressa aqui em aproximação, pois se busca exercitar os movimentos que dão seu sustento, dos quais algumas observações são necessárias.

Marx já indicava que ele não foi compreendido por muitos. No posfácio da segunda edição de *O Capital* (1985), cita considerações feitas por críticos baseadas no prefácio da “Contribuição à Crítica da Economia Política” (1983), nas quais se afirma que seu método é rigorosamente realista e uma sofisticação hegeliana. Como evidencia o próprio autor nesse prefácio, podem-se localizar algumas das características centrais do método: seres humanos como produtos das relações sociais e materialidade, por exemplo.

Cheguei à conclusão de que as relações jurídicas – assim como as formas de Estado – não podem ser compreendidas por si mesmas, nem pela dita evolução geral do espírito humano, inserindo-se pelo contrário nas *condições materiais de existência* de que Hegel, à semelhança dos ingleses e franceses do século XVIII, compreende o conjunto pela designação de “sociedade civil”; por seu lado, a anatomia da sociedade civil deve ser procurada na economia política. [...] *O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social*, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; *é o seu ser social*

⁵² Um dos grandes estudiosos da obra marxiana, Florestan Fernandes (2012, p. 29), ressalta que a elaboração do materialismo histórico e dialético foi uma forma intelectual de superação e de síntese de Marx e Engels das influências hegelianas, neo-hegelianas, do “humanismo realista” feuerbachiano, do contato com o socialismo francês e a economia política inglesa.

que, inversamente, determina a sua consciência". (MARX, 1983, p. 24, grifos nossos)

Atrelada à perspectiva materialista e à produção social da vida, são também características centrais a perspectiva de contradição, transformação/revolução, a totalidade das relações sociais e sua historicidade.

Assim como não se julga um indivíduo pela idéia que ele faz de si próprio, não se poderá julgar uma tal época de transformação pela mesma consciência de si; é preciso, pelo contrário, *explicar esta consciência pelas contradições da vida material*, pelo conflito que existe entre as forças produtivas sociais e as relações de produção. Uma organização social nunca desaparece antes que se desenvolvam todas as forças produtivas que ela é capaz de conter; nunca relações de produção novas e superiores se lhe substituem antes que as *condições materiais de existência destas relações se produzam no próprio seio da velha sociedade*. É por isso que a humanidade só levanta os problemas que é capaz de resolver e assim, numa observação atenta, descobrir-se-á que o próprio problema só surgiu quando as condições materiais para o resolver já existiam ou estavam, pelo menos, em vias de aparecer. (MARX, 1983, p. 25, grifos nossos)

Embora inicialmente entregues “à crítica roedora dos ratos”, as contribuições das “Teses sobre Feuerbach” (MARX, 1986), publicados com *A ideologia alemã* (MARX & ENGELS, 1986), escritos anteriores à *Contribuição à crítica da economia política* (1983), também salientam elementos da constituição metodológica histórico-dialética marxiana. Se referirmo-nos somente ao texto das “Teses”, nele, Marx aponta para a necessidade de considerar a atividade humana, a práxis, na sua relação com os objetos do pensamento e seu potencial transformador, já que “é na práxis que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a realidade e o poder, o caráter terreno de seu pensamento” (MARX, 1986, p. 12). O que se produz teoricamente se “prova” quando na práxis adquire realidade/verdade: “toda vida social é essencialmente *prática*. Todos os mistérios que levam a teoria para o misticismo encontram sua solução

racional na práxis humana e na compreensão dessa práxis” (MARX, 1986, p. 14, grifos do autor).

Para Marx, Feuerbach explica o mundo religioso a partir do seu fundamento terreno. Defende, entretanto, que este deve ser compreendido em sua contradição e transformado. É necessário, para Marx, transformar as condições terrenas, o que requer sensibilidade ou o pensamento ativo. E nesse contexto o homem é ser social. “A essência humana não é uma abstração inerente ao indivíduo singular. Em sua realidade, é o conjunto das relações sociais”. O gênero humano é produto da própria obra humana, das relações com seu tempo histórico (MARX, 1986, p. 13).

Os breves excertos supracitados não dão conta certamente do vasto empreendimento marxiano e seu legado no campo da pesquisa social. Essas referências têm o sentido de se fazerem presentes as preocupações “primárias” seminais e, ainda, explicitar elementos do diálogo que o autor propunha, ainda evocados atualmente para árduos debates, como bem situa Netto (2011c). No mais, entende-se que a vivificação do legado da tradição fundada por Marx se revela coerente se forem expostas questões que a realidade apresenta imperativas e a busca por respostas a problemas reais que, no caso da presente pesquisa, integram o estatuto profissional do Serviço Social e de um projeto defendido pelos seus agentes.

Desse modo, interessa reiterar que o sustento de uma proposta que se movimenta nesse método está na experiência dos sujeitos e, na realidade, é apreendida como se constituindo em permanente *devoir*, é captada em seu movimento de superação permanente através da negação, ou seja, ela prescinde de regras formais. Como afirma Netto (2011c, p. 20-21, grifos do autor), para Marx,

O conhecimento teórico é o *conhecimento do objeto tal como ele é em si mesmo*, na sua existência real e efetiva, independentemente dos desejos, das aspirações e das representações do pesquisador. A *teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa*: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa.

Esse método apura reflexão crítica. Para Netto (2011c, p. 18), tal crítica se faz ao conhecimento acumulado, que “consiste em trazer ao exame racional, tornando-os conscientes os seus *fundamentos*, os seus *condicionamentos* e os seus *limites* – ao mesmo tempo em que se faz a

verificação dos conteúdos desse conhecimento a partir dos processos históricos reais”. Cabe à análise toda a explicação preexistente do objeto, assim como se contempla o estudo aprofundado sobre a produção do conhecimento envolvida, além de incorporar a essência das relações, processos e estruturas e suas representações ideológicas.

Para Fernandes (2012, p. 91), Marx encontra, na investigação histórica, importantes marcos da sua ocupação na pesquisa com a exploração de três planos simultâneos de observação da realidade.

Por encarar o concreto como totalidade, a reconstrução histórica é um passo preliminar, uma técnica ou processo de trabalho que o investigador não pode evitar. Os elementos essenciais do quadro histórico total são retirados daí (ou por esse meio) e submetidos a uma representação sinótica. Contudo, a exposição só é atingida depois de concluído outro levantamento mais importante: a determinação das várias séries ou cadeias de fatos essenciais, relacionados entre si por conexões causais conhecidas e comprovadas (relações de causa e efeito interdependentes e em ação recíproca). Esta etapa da observação (de análise e de interpretação) era a que recebia maior cuidado da parte de Marx, e ela também não aparece explicitamente na exposição geral. Se o leitor fizer um esforço de imaginação, não lhe será difícil entender o que fica por trás das páginas comovedoramente simples do ensaio. Só se entra em contato com o que chamei de curso límpido do desenvolvimento histórico (o bolo feito, não o processo de preparar e fazer o bolo).

A dialética materialista de Marx dedicou-se aos fenômenos sociais historicamente produzidos, que, submetidos à crítica e à reflexão que buscam estabelecer os nexos internos, as determinações que envolvem e constituem tais fenômenos (NETTO, 2011c). Ocorre considerar ainda os processos de determinação social não como leis governadas por regras, mas por uma “fixação de limites” e “exercício de pressões”. Williams (2000, p. 104; 106-107), defensor do humanismo de tradição marxista, esclarece que as diferentes práticas humanas (como formas de consciência) afetam de modo decisivo o verdadeiro desenvolvimento real e o afetam de modo determinante. A afirmação de Engels na carta escrita

à Bloch, “somos nosotros mismos quienes producimos nuestra historia”, importa, segundo o autor, para compreender que o acontecer histórico não pode ser abstraído dos indivíduos nem das vontades individuais: “una separación de esta índole conduce directamente a una ‘sociedad’ objetivista, alienada, de funcionamiento ‘inconsciente’, y a una comprensión de los individuos categorizados como ‘presociales’ o ‘incluso antisociales’”. A ação dos homens não ocorre em sociedade como processo geral objetivado (inconsciente e involuntário), sob a lógica da fixação de limites e condições externas. Essa determinação negativa mantém complexa relação com uma determinação positiva, qual seja, um complexo e inter-relacionado processo de limites e pressões derivadas de uma formação ou impulso de um modo social dado⁵³. O processo social é “experiencia histórica activa y consciente así como, por descuido, una experiencia histórica pasiva e objetivada”.

Por lo tanto, la “sociedad” nunca es solamente una “cáscara muerta” que limita la realización social e individual. Es siempre un proceso constitutivo con presiones muy poderosas que se expresan en las formaciones culturales, económicas y políticas y que, para asumir la verdadera dimensión de lo “constitutivo”, son internalizadas y convertidas en “voluntades individuales”. (WILLIAMS, 2000, p. 107, grifos do autor)

Para Thompson (1981, p. 112), o viver histórico, entendido como experiência, é “que dá cor à cultura, aos valores e ao pensamento: é por meio da experiência que o modo de produção exerce uma pressão determinante sobre outras atividades: e é pela prática que a produção é mantida”. O processo histórico se desenvolve como se fosse impulsionado pela energia generalizada de atores conflitantes.

Thompson (1981, p. 166; 179, grifos do autor), compartilhando as preocupações que tangem ao resgate do humanismo da tradição fundada por Marx e Engels, refere que é fundamental recuperar o homem agente ou sujeito: “minha preocupação imediata é apenas observar que Marx e

⁵³ Para Thompson (1981, p. 74), o materialismo histórico verificou que “a lógica do processo capitalista encontrou expressão dentro de todas as atividades de uma sociedade e exerceu uma pressão determinante sobre o seu desenvolvimento e forma, dando-nos, pois, o direito de falar do capitalismo, ou de sociedades capitalistas”.

Engels, em suas investigações principais, afastaram o conceito ‘homem’, para voltar aos *homens reais* empiricamente observáveis”. E reivindica: “Marx levou o conhecimento a transpor um umbral, apontou-lhe o mundo e disse-lhe que o fosse *descobrir*. E naquele mundo exterior, além da ‘base’ segura do modo de produção, muitas das mais caras preocupações humanas estão localizadas”⁵⁴.

Em síntese, como afirma Minayo (2008, p. 26), a dialética marxista como método empregado na pesquisa social tem potencial nos princípios da “*especificidade histórica*” e de “*totalidade*”, desde que se busque “apreender e analisar os acontecimentos, as relações e as etapas de um processo como parte de um todo”. Ainda, que os critérios de “*complexidade*” e de “*diferenciação*” possibilitam

trabalhar o caráter de antagonismo, de conflito e de colaboração entre os grupos sociais e no interior de cada um deles e pensar suas relações como múltiplas em seus próprios ângulos, intercondicionadas em seus movimentos e desenvolvimento interior e interagindo com outros fenômenos ou grupos de fenômenos.

Assim, reconhece-se que, tratando-se de práticas profissionais em serviços de saúde, esse é um cenário de disputas e contradições, o que se coaduna ao desafio de pôr a pesquisa em movimento a partir dos pressupostos histórico-dialéticos. Nessa direção, também se procura responder de forma qualificada a questões tão caras aos assistentes sociais, tanto os que atuam na área da saúde quanto em seus distintos espaços ocupacionais, e delas extrair possibilidades de compreensão de pontos que possam alicerçar mudanças que repercutam na efetivação de seu projeto profissional.

⁵⁴ Entre as importantes e interessantes questões que aborda, a crítica elaborada por Thompson (1981) é clara em afirmar que a proposição de Marx em nada se colocou autossuficiente, o que “constituiu a essência da heresia metafísica contra a razão”, como alertava o próprio Marx. Há, para Thompson (1981, p. 202; 203), marxismos que se desenvolvem sobre a inibição da “investigação ativa do mundo na tradição em desenvolvimento, provisória e autocrítica do materialismo histórico”; segundo ele, numerosos “marxismos” partilham “do mesmo tipo de pensamento religioso no qual o marxismo é proposto como um sistema de verdade final: isto é, como uma teologia”.

6.2 Direção procedimental de investigação: abordagem e abrangência

Em acordo com as etapas do processo investigativo, cumpre nesse momento levantar algumas definições acerca da direção procedimental da pesquisa. Como se indica ao longo do texto, considerando a experiência nos serviços de saúde, quer se chegar ao processo da demanda de atuação do assistente social nessa área. Para isso, optou-se pela pesquisa empírica de natureza qualitativa com base na abordagem histórico-dialética marxista.

Para a pesquisa qualitativa, a dialética marxista é, para Minayo (2008), a abordagem que considera o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, bem como as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados. Para a autora, “a dialética, do ponto de vista filosófico, enseja a dissolução de dicotomias tais como quantitativos/qualitativo, macro/micro, interioridade/exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas” (MINAYO, 2008, p. 25).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela “empíria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizad[a] para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias” (MINAYO, 2008, p. 57). A pesquisa qualitativa encontra como marco organizador singular a concentração teórica e metodológica nas complexas relações entre “1) los significados personales y sociales, 2) las prácticas individuales y culturales, y 3) el entorno material o contexto” (ULIN, ROBINSON & TOLLEY, 2006, p. 4). Minayo (2008, p. 23) afirma que a pesquisa qualitativa busca entender a “lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais”.

O uso da pesquisa qualitativa em Serviço Social é fundamental na sua possibilidade de conhecer os sujeitos com que os assistentes sociais dialogam. Os dados qualitativos, não desconsiderando os advindos de abordagens quantitativas, ganham vida sob a forma de depoimentos e narrativas. É valioso o contato direto com o sujeito da pesquisa, a ambiência que provoca, privilegiando instrumentos que fazem conhecer

as pessoas, o que está para além de um contato sumário (MARTINELLI, 1999).

Três são os pressupostos destacados por Martinelli (1999, p. 24-25) que fundamentam o uso de metodologias qualitativas de pesquisa: a) o reconhecimento da singularidade do sujeito, o que requer conhecê-lo, ouvi-lo, escutá-lo, permitir que se revele no discurso e na ação, ou seja, no contexto de sua vida; b) o reconhecimento da importância de conhecer a experiência social do sujeito, o que significa avançar pelo modo de vida, como o sujeito vive a sua vida, envolvendo, de certa forma, seus sentimentos, valores, crenças, costumes e práticas sociais cotidianas; c) e, por último, abarca o reconhecimento de que conhecer o modo de vida pressupõe saber como elaborar sua experiência social cotidiana, caminhando, portanto, na direção de buscar os significados de vivências para os sujeitos.

A familiaridade dos pesquisadores com o espaço em que se efetuará a coleta de dados é elemento importante para a pesquisa qualitativa. Isso foi levado em consideração para definir a abrangência, o local de coleta de dados e os grupos desse local, combinando-se aspectos da viabilidade. Dessa forma, a pesquisa foi realizada com profissionais de serviços do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), localizado no Campus Trindade, município de Florianópolis. Foram incluídos assistentes sociais e outros profissionais que compõem equipes de trabalho em três serviços de saúde. Essa é instituição onde a pesquisadora desenvolve atividades como assistente social, o que favoreceu sobremaneira a realização das atividades de coleta de dados. Além das entrevistas, a pesquisa contemplou a análise documental que os serviços selecionados organizam.

O HU/UFSC é órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina. Porém, desde março de 2016, o HU/UFSC implementa gestão pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), conforme cedência aprovada pelo Conselho Universitário em dezembro de 2015. O contrato de gestão prevê a adesão aos modelos de governança da própria Empresa, o que vem ocorrendo lentamente, de modo a colocar o HU/UFSC ainda num processo de transição.

O HU/UFSC atende exclusivamente a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando serviços de saúde em rede de referência para os municípios da região da Grande Florianópolis e para outras regiões e municípios do estado de Santa Catarina. É reconhecido como Hospital de Ensino por meio de credenciamento junto aos Ministérios da

Educação e da Saúde. O HU/UFSC é campo de estágio para diferentes cursos de graduação e oferece Programas de Residência Médica e o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (PRIMS/HU/UFSC). Ademais, compõe, com outros nove hospitais de gestão estadual, a rede de serviços hospitalares da região.

Quadro 2 – Organização Institucional HU/UFSC

Gestão	Público, gerido por empresa pública vinculada ao Ministério da Educação: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)
Convênios	Sistema Único de Saúde (SUS)
Fluxos de acesso	SISREG, demanda espontânea, encaminhamentos outros
Número de leitos ativos ⁵⁵	238
Porte	Grande porte
Foco assistencial	Alta e média complexidade em saúde

Os serviços oferecidos no HU/UFSC são previstos em contrato com a Secretaria de Estado da Saúde, pelo qual, além dos serviços, explicitam-se as diretrizes de atenção e metas físicas de qualidade para cada uma das áreas de atuação pactuadas: atenção à saúde, atividades de ensino e pesquisa e atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar. Os serviços disponibilizados, além de considerar o potencial de ensino e assistência do HU/UFSC, conciliam-se ao Plano Estadual de Saúde de modo a responder o perfil epidemiológico do estado que, atualmente, aponta para alta mortalidade associada, primeiro, a doenças do aparelho circulatório, seguidas de neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas (lesões e violências), respectivamente (GELBCKE *et al*, 2016).

O HU/UFSC presta atendimentos na modalidade de internação, ambulatorio e urgências e emergências (nas áreas de pediatria, adulto, ginecologia e obstetrícia). São contemplados atendimentos em diversas especialidades da Medicina e Enfermagem. Conta-se com os chamados “Serviços de Apoio Assistencial”, considerados os que dão sustentação

⁵⁵ Dados obtidos junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

ao cuidado prestado, entre os quais citamos: Serviço Social, Farmácia, Psicologia, Nutrição e Dietética, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Serviço de Pronto-atendimento do Paciente.

No período da pesquisa, o HU/UFSC contava com 12 assistentes sociais em seu quadro, sendo onze assistentes sociais contratadas como servidoras públicas, submetidas ao Regime Jurídico Único, e uma assistente social contratada por regime celetista. Além disso, conta com 12 assistentes sociais residentes vinculadas ao PRIMS/HU/UFSC.

O Quadro 3 apresenta dados sobre as formas de contratação e jornadas de trabalho dos profissionais da área assistencial do HU. Tais aspectos também serão recuperados no próximo capítulo da tese, privilegiando o contexto de atuação dos entrevistados.

Quadro 3 – Práticas de Organização do Trabalho no HU/UFSC

Natureza de contrato de trabalho	Regime público estatutário e Regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)
Jornadas de trabalho	20h/semana (médicos); 30h/semana (demais profissionais)
Formas excedentes de jornada	Adicional de Plantão Hospitalar (APH) – pagamento de plantão de 12 horas de trabalho para atendimento em dias de semana, finais de semana e feriados
Formas excedentes de jornada para assistentes sociais	APH para plantão aos sábados

O HU/UFSC dispõe ainda de uma área de “Diagnóstico Complementar”, os Serviços de Hemoterapia, Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Radiologia. Outros serviços disponíveis são os de Hemodinâmica, Cardiologia, Endoscopias, Quimioterapia Ambulatorial e Unidade de Tratamento Dialítico. O HU conta com um quadro amplo de serviços habilitados junto ao SUS⁵⁶.

Dois grandes conjuntos de questões se expressam atualmente no projeto institucional do HU/UFSC, como se avalia pelo Plano de Desenvolvimento Estratégico (GELBCKE *et al*, 2016) que está sendo implementado: em relação aos aspectos conjunturais, o HU/UFSC

⁵⁶ Os serviços aos quais o HU/UFSC encontra-se habilitado pelo SUS estão listados no *website* do DATAUS: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/4205403157245>>.

partilha do sucateamento dos Hospitais Universitários no Brasil, fortalecido pela lógica do subfinanciamento das políticas de saúde, a qual se tentou responder, em parte, pela criação da EBSEERH. Por outro, o fortalecimento da estratégia das Redes de Atenção à Saúde para reorganização do sistema de serviços a nível nacional pressiona pela reorganização dos serviços a partir de novas diretrizes, que tocam em questões pungentes do sistema de saúde brasileiro, como a fragmentação de serviços, a integralidade da atenção e a reorganização dos processos de trabalho.

Do diagnóstico feito para o Planejamento Estratégico, pode-se destacar dos cenários das práticas que a estrutura física organizacional está defasada e há dificuldade com processos de gestão de materiais, de pessoal e gestão financeira. O dimensionamento de pessoal é destacado, visto que o número deficitário de trabalhadores tem interferido na eficácia, na qualidade e nos custos da atenção à saúde. Considera-se ainda que, como hospital de ensino, o quadro atual de trabalhadores não é adequado à necessária atenção e disponibilidade para participar dos processos de formação/ensino, além de não atender devidamente ao dimensionamento previsto nas portarias ministeriais que organizam o credenciamento dos serviços (GELBCKE *et al*, 2016).

A possibilidade de realização da pesquisa nesse espaço veio acompanhada da escolha de serviços que expressassem diferentes condicionantes para ação profissional e diferentes elementos que pudessem responder pelas variações das formas de demanda de atuação dos assistentes sociais. No caso dos condicionantes, como refletem Mito & Nogueira (2009), os espaços ocupacionais condicionam “tanto o automeado profissional como as formas e objetivos da ação”. As demandas/necessidades dos usuários em serviços distintos podem apresentar diferenças e se apresentam de formas diferentes aos profissionais. Nessa direção, as condições de trabalho pressionam sobremaneira o desenvolvimento das ações dos profissionais, de modo que isso foi considerado para decidir os serviços e dentro da viabilidade de uma análise abrangente do processo de demanda de atuação dos assistentes sociais em saúde. Ademais, os serviços e os elementos considerados para seleção das equipes de serviços disponíveis no HU/UFSC foram estabelecidos levando-se em conta a natureza da constituição do trabalho das equipes, o fluxo de acesso dos usuários, a variação de público usuário e a modalidade de atenção hospitalar.

Na direção de estabelecer os critérios de seleção dos serviços, aqui se definiu preliminarmente a natureza da constituição do trabalho em equipe como:

a) “estruturadas”, ou seja, com formação multiprofissional para atendimento em serviços geralmente em atenção às diretrizes ou normas do Ministério da Saúde brasileiro, que definem e condicionam o credenciamento dos serviços; que direcionem suas atividades a partir de fluxos ou protocolos; que contem com profissionais fixos ou pouco variáveis nas equipes;

b) “semiestruturadas”, isto é, que podem contar com uma equipe multiprofissional, cuja constituição, porém, fica condicionada à disponibilidade de profissionais pela instituição; com membros variáveis nas equipes; que podem não contar com protocolo ou fluxos formais; que geralmente atendam às diretrizes ou normas do Ministério da Saúde brasileiro que definem e condicionam o credenciamento dos serviços.

Outro elemento que preocupou a seleção dos serviços foi o fluxo de acesso dos usuários. Foram consideradas as características do acesso que, no SUS, em geral, ocorre regulado pelo Sistema Nacional de Regulação (SISREG)⁵⁷, por mecanismos institucionais ou por demanda espontânea da população, como ocorre nas Unidades de Emergência.

Em relação à variação de público usuário, buscou-se abranger distintas faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos, idosos) e sexos (masculino e feminino). Ainda houve a preocupação de observar as relações nas distintas modalidades de atenção hospitalar. No hospital, fala-se de serviços ambulatoriais (em geral, serviços exequíveis em consultório), serviços prestados a usuários em internação e serviços de urgência-emergência (onde ocorrem consultas, permanência breve para observação ou permanência em internação). O Quadro 4 aponta os serviços selecionados, de acordo com os elementos supracitados.

⁵⁷ O SISREG, que é um sistema informatizado e em rede, efetuando o gerenciamento de serviços da rede básica à internação hospitalar, permite maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos do SUS. Ele funciona em três módulos: ambulatorial, que controla o funcionamento da Central de Regulação de Consultas e Procedimentos SUS; hospitalar, que controla o funcionamento da Central de Regulação de Procedimentos Hospitalares SUS; e Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC).

Quadro 4 – Serviços Selecionados HU/UFSC

Serviços HU/UFSC	Equipe	Público	Fluxo	Modalidade
Núcleo de Transplante Hepático	Estruturada	Adolescente (15 anos ou mais), adulto e idoso; Masculino e Feminino	SISREG, encaminhamentos outros	Ambulatorial e Internação
Unidade Emergência Adulto	Semiestruturada	Adolescente (15 anos ou mais), adulto e idoso; Masculino e Feminino	Demanda espontânea, Serviços pré-hospitais de emergência (SAMU, UPA, outros)	Ambulatorial e Internação
Unidade de Internação Pediátrica	Semiestruturada	Crianças e adolescentes (até 14 anos); Masculino e Feminino	Emergência e encaminhamentos outros.	Internação

A Unidade de Emergência Adulto do HU é um serviço estruturado desde a inauguração do hospital, em 1980. Em 1996, o Serviço Social passa a atender sistematicamente este serviço, quando uma profissional teve carga horária parcialmente dedicada ao atendimento. Atualmente, duas profissionais são responsáveis pelo atendimento à Unidade, porém, sem dedicação exclusiva. Desde 2010, por quatro vezes, foi alterado o profissional de referência. A Unidade de Internação Pediátrica do HU foi inaugurada poucos meses após a inauguração do HU/UFSC, em 1980. De 1982 a 2013, uma única profissional foi responsável pelo atendimento, tendo sido substituída em decorrência de aposentadoria. Hoje, o atendimento é mantido por uma única profissional que a substituiu. Já o Núcleo de Transplante Hepático, serviço responsável pelo transplante de fígado, iniciou suas atividades em 2011. Desde então, a mesma assistente social é a responsável pelo atendimento aos pacientes.

No período da realização da pesquisa, os serviços dispunham de equipe profissional compostas por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos de enfermagem. Para apoiar a manutenção do sigilo de identidade dos entrevistados, definiu-se não discriminar as categorias profissionais que atuam em cada serviço.

Se considerarmos os profissionais dos chamados “Serviços de Apoio” (Serviço Social, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia), o que se verifica é que a maioria não efetua atividades com dedicação exclusiva ao setor. É comum que o mesmo profissional efetue atendimentos em outras unidades de internação ou serviços ambulatoriais. Os médicos, em geral, têm sua carga horária também dividida entre o atendimento nas unidades de internação, Unidade de Emergência e ambulatórios. É comum que os enfermeiros tenham horário dedicado aos respectivos serviços, com exceção os que efetuem jornadas em sobreaviso.

6.3 Direção procedimental de investigação: a coleta e a análise dos dados

O estudo se pautou na experiência cotidiana dos profissionais de saúde em contexto de trabalho em equipe. Por isso, apesar de a entrevista ter sido eleita procedimento central para coleta de dados, coube inserir também documentos, que se combinaram, posteriormente, na fase analítica. A pesquisa documental revela-se importante para levantar elementos ou expressões de requisições e previsões institucionais que se efetivam no cotidiano das práticas profissionais dos serviços selecionados. É também relevante levantar e avaliar o “espaço” das formas “normativo-burocráticas” sobre os processos de trabalho em saúde. Como identificam Franco & Merhy (2009), a energia transformadora do trabalho em saúde pode ser capturada e “o encontro dos serviços com seu destinatário final” ocorrer sob parâmetros burocráticos. Aqui, houve a possibilidade de olhar para os “encontros” entre os próprios trabalhadores e lógicas (antigas ou atuais) que direcionam a organização e a realização do trabalho em equipe.

A pesquisa documental se pautou no uso de materiais que não receberam nenhum tratamento analítico. Diferentemente da revisão bibliográfica, que não se caracteriza pela análise, mas, sim, pela clarificação de conceitos ou efetivação de um diálogo com autor ou

autores, a análise documental se encarrega de colocar à luz diferentes elementos que constituem o texto. Ainda, a análise documental difere da análise de conteúdo, podendo ser considerada a relevância da análise de conteúdo na concretização da análise documental. Contudo, esta definição é pouco precisa na literatura da área (GIL, 2008; PRATES & PRATES, 2009).

A análise documental tem vantagens, como a eliminação de eventuais influências pela presença ou intervenção do pesquisador. Mas seu uso também suscita questões, como o fato de o documento constituir algo que o pesquisador não “domina”, ou seja, a informação circula em sentido único, o que indica que, embora expressivo, o documento é “surdo” e não há como o pesquisador exigir dele precisões suplementares (CELLARD, 2012).

Segundo indicações dos processos pertinentes ao uso dessa técnica (CELLARD, 2012; PRATES & PRATES, 2009; CALADO & FERREIRA, 2005), a análise documental tem basicamente duas etapas: 1) a seleção de documentos, que abrange uma pré-análise e; 2) a análise de conteúdo, momento de fornecer uma interpretação coerente levando em conta a hipótese inicial. Optou-se por desenvolver a análise de conteúdo dos documentos, juntamente com a análise de conteúdo a que serão submetidas as entrevistas a partir das indicações de Bardin (2011).

Quanto à primeira etapa, a constituição de um *corpus* documental satisfatório para pesquisa se deu com um inventário e uma seleção de documentos que dialogam com o alvo da pesquisa documental no contexto da pesquisa e seus objetivos. Nessa direção, foram pesquisadas as legislações federais vigentes (fontes primárias) sobre a organização de serviços de transplante, transplante de fígado, urgência e emergência e pediatria ou atenção à saúde da criança e adolescente⁵⁸. As legislações foram selecionadas tendo em vista a responsabilidade constitucional do ente federal na condução da política pública de saúde no país. As legislações, em sua maioria Portarias⁵⁹ expedidas pelo Ministério da Saúde, foram opção pelo destaque na definição de diretrizes nacionais e

⁵⁸ As legislações foram obtidas a partir de pesquisa junto ao banco de dados do Sistema de Legislação em Saúde – Saúde Legis, disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM.

⁵⁹ “As portarias ministeriais são importantes instrumentos de regulação de políticas e visam, principalmente, a definir instruções para a execução das leis, decretos e regulamentos aprovados pelo Poder Legislativo, tal como previsto na Constituição Federal de 1988, artigo 87” (BAPTISTA, 2007, p. 615).

na construção de um ideário e formulações de cunho organizacional que se aplicam aos serviços de saúde. Ademais, buscou-se localizar referenciais sobre o processo de trabalho que gerassem interferências no processo de demanda dos assistentes sociais. Além das portarias, foram selecionadas resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia federal ligada ao Ministério da Saúde, que atua no controle sanitário de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. Não houve demarcação temporal. Incluem-se apenas legislações vigentes para aplicação pelos serviços.

Como a experiência pessoal também conta no momento de elaboração desse *corpus* (CELLARD, 2012), houve uma consulta à Direção Geral do HU/UFSC no intuito de validar a seleção previamente realizada, assim como verificar a influência de outras normativas na organização dos serviços e no trabalho das equipes para incorporá-las ao *corpus* inicial. A inclusão das legislações pertinentes aos serviços a partir da pesquisa documental foi de grande relevância na verificação e comparação das perspectivas sobre o funcionamento dos serviços, o trabalho previsto e o que de fato se realiza no hospital. Outra questão foi confirmar a ausência de legislação que dê especificidade à internação em unidade pediátrica. Nesse caso, optou-se por incorporar legislações que recuperassem o tema da saúde da criança e do adolescente, público da internação na Unidade de Internação Pediátrica do HU/UFSC.

Assim, o *corpus* documental contemplou documentos selecionados por versarem diretamente sobre os serviços selecionados (Grupo A – Urgência e Emergência e Transplante), documentos que transversais aos temas em da Saúde da Criança e do Adolescente e da assistência em âmbito hospitalar, chamamos de Transversais (Grupo B). Os documentos selecionados foram agrupados com a análise preliminar e estão descritos no Apêndice A.

O processo de análise preliminar seguiu algumas das indicações de Cellard (2012):

- a) O contexto: o exame do contexto social global no qual foi produzido o documento ou a conjuntura que propiciou sua produção. Isso possibilita apreender esquemas conceituais do autor, reações, grupos sociais envolvidos, etc.
- b) O autor ou os autores: identificar o autor permite verificar interesses e motivos para escrita e se representa, além de si, interesses de grupos ou instituições.

- c) Autenticidade e confiabilidade do texto: é se assegurar da qualidade da informação transmitida. Pode-se incluir a verificação de instrumentos de coleta de dados utilizados pelos autores.
- d) A natureza do texto: trata-se de considerar o suporte do texto, sua estrutura. Antes de estabelecer conclusões, cabe avaliar dificuldades e problemas colocados pelas escolhas de sua inclusão na pesquisa e razões que levaram o pesquisador a tomar como confiáveis certas informações.
- e) Os conceitos-chave e a lógica interna do texto: inclui delimitar o sentido das palavras e dos conceitos; identificar os conceitos-chave e avaliar sua importância e sentido no contexto preciso em que são empregados. Tal delimitação é facilitada pela comparação de documentos da mesma natureza, como ocorreu desde que utilizamos legislações federais.

Para Prates & Prates (2009), a identificação de ideias centrais, conceitos e outros elementos de interesse do pesquisador permite o aporte de inferências da parte de quem os analisa no movimento de desvendar processos. “É esse encadeamento de ligações entre a problemática do pesquisador e as diversas observações extraídas de sua documentação o que possibilita formular explicações plausíveis, produzir uma interpretação coerente, e realizar uma reconstrução” (CELLARD, 2012, p. 304).

Combinado à pré-análise nos termos de Cellard (2012), adaptou-se o roteiro proposto por Prates & Prates (2009) para aplicar aos documentos selecionados, mas com maior eficácia aos do Grupo A – os que abarcam os serviços de Transplante e Urgência e Emergência (tal como descrito no Apêndice A). A aplicação do roteiro favoreceu o estabelecimento de ligações e de a extração dos elementos pertinentes dos textos e sua comparação.

Quadro 5 – Roteiro para Análise Documental

ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL
<p>1) Identificação do documento Tipo de documento: Data: Autoria/Publicação Ementa:</p> <p>2) Referências às as áreas ou categorias profissionais que irão compor a equipe de trabalho no serviço.</p> <p>3) Referências à previsão e trabalho do assistente social na equipe ou serviço.</p> <p>4) Referências à atribuição ou objeto de intervenção dos profissionais.</p> <p>5) Referências a fluxo de trabalho em equipe no âmbito do serviço.</p> <p>6) Referências a resultados das ações dos profissionais compreendidos na pesquisa.</p>

Como já apontado, as entrevistas foram fulcrais nesse processo. Elas, de fato, são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos (DUARTE, 2004). Foram realizadas entrevistas dirigidas (quando se desenvolve a partir de perguntas preestabelecidas), parecendo-nos a técnica adequada para levantar os dados acerca das experiências dos profissionais nos serviços de saúde. Alguns elementos foram considerados para definição dos profissionais que foram convidados para entrevista: a) presença do profissional na equipe; b) recorrência de demanda e de atuação dos assistentes sociais; c) interlocução profissional cotidiana a partir do fluxo preconizado por portaria ministerial ou por convenção das equipes.

No quadro 6, descrevemos o quantitativo de profissionais por área de formação que participaram da pesquisa por meio da entrevista. No intuito de garantir o sigilo de identidade dos entrevistados, utilizou-se um formato genérico de identificação.

Os profissionais de todas as áreas que integram as equipes foram representados no estudo. Dada a existência de um número maior de profissionais de certas categorias em uma mesma equipe, a inclusão de novos participantes ao longo da fase de coleta de dados foi feita a partir do critério de saturação. Assim, também foram incluídos na pesquisa profissionais residentes, considerando que esses serviços são espaços de formação e há plena integração desses profissionais no trabalho desenvolvido nas equipes. Ao longo das entrevistas, percebeu-se ainda a necessidade de integrar o corpo de entrevistados acadêmicos de medicina

que efetuam estágios curriculares nos serviços pesquisados. Sua atuação ficou evidente na atual forma de organização da assistência médica no hospital, por isso, foi importante incluir sua participação para aprimorar informações que chegaram às entrevistas dos médicos preceptores. Os acadêmicos entrevistados tinham desenvolvido importantes experiências nos serviços de Urgência e Emergência e Unidade de Internação Pediátrica. Para privilegiar o sigilo da identidade dos profissionais, optou-se por não discriminar o número de profissionais entrevistados por serviço.

Quadro 6 – Áreas de Formação dos Profissionais Entrevistados

Área de Formação	Identificação
Serviço Social	AS1; AS2; AS3; AS4
Enfermagem	P.(número)
Farmácia	P.(número)
Fisioterapia	P.(número)
Medicina	P.(número)
Nutrição	P.(número)
Psicologia	P.(número)
Medicina (em formação)	P.(número)

No total, foram realizadas 37 entrevistas: 13 profissionais da Unidade de Internação Pediátrica, 16 da Unidade de Emergência Adulto e 08 do Núcleo de Transplante Hepático. A maior parte dos profissionais entrevistados era de mulheres (28). Expressivo número de profissionais era egresso de instituições de ensino superior públicas (30), sendo 25 entrevistados egressos da própria UFSC. Entre os profissionais já graduados, 17 possuem titulação entre mestrado e doutorado. A maioria tem tempo de experiência de atuação na área de formação acima de quatro anos (29), sendo que 15 atuam há mais de 10 anos na sua área; 24 dos 37 entrevistados atuam no mínimo há mais de quatro anos no HU; 14 dos 37 entrevistados atuam há mais de 10 anos no hospital. Os quadros/gráficos apresentados no Apêndice B detalham esses e outros aspectos do perfil dos entrevistados.

As entrevistas totalizaram 21 horas e 39 minutos de gravações transcritas na íntegra para favorecer o processo de categorização e posterior análise. As entrevistas tinham roteiros distintos: um para assistentes sociais, outro para demais membros das equipes dos serviços selecionados (Apêndices C e D, respectivamente). Os objetivos propostos colocaram essa necessidade, já que são diferentes os temas a serem abordados com os assistentes sociais e com os demais membros. Algumas considerações orientaram a elaboração desse roteiro, como a articulação

ao objeto, a ampliação da comunicação, o ponto de vista dos interlocutores, favorecimento da visão, juízos e relevância a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto (MINAYO, 2008).

Apesar de dispormos de um roteiro, foi importante considerar a apreensão de novos elementos, como os que provocaram, por exemplo, a inclusão de acadêmicos de medicina no grupo de profissionais a ser entrevistado. Desse modo, à medida que as entrevistas eram realizadas, incorporações foram feitas e novos interesses eram despertados. Cada entrevista parecia privilegiar aspectos de avanço e, no fim, algo de saturação. De fato, ficou clara a importância e a validade desse instrumento para melhor aproximação e apreensão da realidade.

O tema da saturação é trabalhado por Fontanella, Ricas & Turato (2008, p. 20) no âmbito da pesquisa qualitativa. Segundo os autores, o fechamento da amostra pela saturação de informações ocorre pelo processo contínuo de análise de dados. Os autores indicam realizar uma análise preliminar desde o início do processo de coleta de dados, buscando “o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados (ou identificados durante a análise) e o conjunto dos entrevistados”.

Com um objeto que versa sobre questões do próprio cotidiano, foi importante realizar uma pré-análise das entrevistas, averiguando elementos de semelhança, de modo que a constatação da saturação se apoiou na generalização. Fontanella, Ricas & Turato (2008, p. 24) utilizam uma metáfora da área físico-química para melhor entender o conceito de saturação. Segundo os autores, “o processo de coleta de dados se satura quando há a percepção de que os dados novos a serem coletados decantam-se, isto é, não são diluídos ou absorvidos na formulação teórica que se processa, não mais contribuindo para seu adensamento”.

Nessa direção, a pesquisa documental e as entrevistas compuseram o *corpus* para análise, que, em uma pesquisa que se coloca em abordagem materialista histórico-dialética, é crucial para evitar que o processo de conhecimento se limite à mera procura de fatos e situações empíricas (MINAYO, 2008, p. 123). Dessa forma, buscou-se a configuração da demanda de atuação de assistentes sociais por profissionais no contexto de práticas de equipes em serviços de hospitais de ensino do SUS, à luz do materialismo histórico, localizada entre as práticas surgidas das condições nas quais os grupos sociais existem e podem refleti-las. Isso

remete à disposição deste projeto com a objetividade histórica do método.⁶⁰

Para dar direção operativa a esse processo, utilizamos como referência a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011, p. 44), principalmente para trabalhar a análise das entrevistas e a própria análise documental. Para Bardin (2011, p. 44, grifos da autora), “a análise de conteúdo aparece como um *conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens*”. A autora informa que sua intenção “*é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)*”. Além do mais, indica-se ainda existir, na análise de conteúdo, um aspecto de “vaivém” entre a teoria e a técnica, hipóteses, interpretações e métodos de análise.

Segundo Bardin (2011, p. 125), a análise de conteúdo se organiza em torno de três polos cronológicos: a) pré-análise; b) a exploração do material; c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na fase de pré-análise das entrevistas e documentos, ocorreu a organização do material para torná-lo operacional. Na pré-análise, foram realizadas primeiramente a leitura flutuante, a constituição do *corpus* e a incorporação de elementos para sustentar a hipótese e abastecer a resposta aos objetivos⁶¹. A leitura cuidadosa foi fundamental para percorrer detalhes das falas dos sujeitos, dos sujeitos nos seus processos de trabalho e a fala institucional no “abastecimento desses processos”.

Ainda na etapa de pré-análise, a autora indica ser necessário um processo de codificação, que é a transformação dos dados brutos a partir de três escolhas: recorte (escolha das unidades), enumeração (escolha das regras de contagem) e classificação e agregação (escolha das categorias).

⁶⁰ Como define Williams (2000), a objetividade histórica do método compreende “las condiciones en que, en cualquier punto particular del tiempo, los hombres se encuentran con que han nacido; y por lo tanto, las condiciones ‘accesibles’ que ‘establecen’”.

⁶¹ Na análise de Minayo (2008, p. 316), a leitura flutuante consiste na leitura sugestiva em relação com as hipóteses e teorias. A constituição do *corpus* se refere ao universo em sua totalidade e responde a algumas normas: exaustividade, que o material contemple os aspectos que se levanta; representatividade, que expresse características essenciais do universo pretendido; homogeneidade, que obedeça a critérios precisos de escolha quanto aos temas, às técnicas e aos atributos dos interlocutores; e pertinência, que os documentos analisados sejam adequados a responder aos objetivos propostos pela pesquisa.

No que tange ao recorte, a autora sugere que a análise de conteúdo demanda definir as unidades de análise que se dividem em unidades de registro e unidades de contexto. As unidades de registro são as menores partes do conteúdo, são de diferentes tipos, devem se adaptar à investigação e podem ser do tipo palavra, tema, personagem ou item. Optou-se, na presente pesquisa, pelo tema como unidade de registro. Na direção temática, a análise se servirá de temas ou itens de significação.

O tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Contempla o estudo de motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças ou tendências, entre outros. A autora sugere trabalhar sobre uma unidade de contexto, que serve de “unidade de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro” (BARDIN, 2011, p. 135; 137).

Como passagem para fase posterior, de exploração do material, na análise de Minayo (2008, p. 317), busca-se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, o pesquisador deve encontrar categorias (no sentido de índice ou “expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”). Esse trabalho ocorre com as unidades de registro (temas) e posteriormente se escolhem regras de contagem, classificação e agregação dos dados a partir das categorias teóricas ou empíricas.

Assim, desencadearam-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Seguindo Minayo (2008, p. 318), nos colocamos a inferências e interpretações, inter-relacionando-as como quadro teórico desenhado inicialmente. A análise temática de conteúdo, pelos seus contornos operacionais no processo de tratamento dos dados, o vai e vem dessa, possibilitou momentos de sincronicidade, em que as ideias ou pensamentos reunidos puderam se integrar para formar uma explicação. Nisso, pistas e elaborações em torno de novas dimensões para elaboração de um debate que contribua para o tema foram alcançadas.

No Apêndice E, apresentamos os temas em agrupamentos a partir de categorias que foram definidas com a análise de conteúdo temática. A apresentação desses agrupamentos foi exposta na forma de quadros matriciais, tal como sugere Câmara (2013). Nesses quadros são apresentados exemplos de unidades de contexto para cada tema, pois as unidades de contexto são expostas e discutidas com melhor articulação nos capítulos 7, 8, 9 e 10. Nos capítulos 11 e 12, foi feita uma imersão

voltada às opções de categorias definidas em torno da abordagem temática.

Ressalta-se que, no caso da abordagem às entrevistas, a análise não foi projetada fechando-a nas respostas às respectivas perguntas. O fato de muitas respostas terem ganhado “desvios”, relatos de vivências, adensamentos e “supressões” foi percebido e incorporado em correspondência ao sentido da pesquisa qualitativa. Ou seja, buscou-se identificar significados pessoais ou coletivos, práticas, consensos, divergências e contextos. Ademais, consideramos que é comum, no contexto de serviço, a alteração, lembranças ou a deformação de acontecimentos. Nesse sentido, tornou-se desafiador para a pesquisadora e para entrevistados o movimento de reflexão sobre o cotidiano.

Ademais, o cruzamento entre as entrevistas e a análise documental foi de extrema importância para geração de resultados mais amplos e para o alinhamento analítico. Ressalta-se que a análise das entrevistas e a análise documental se integraram sob um enfoque circular. Com base em Mercado-Martínez (2004), cuja preocupação também é a pesquisa em contextos de serviços de saúde, o esquema circular consiste na aproximação sucessiva à informação obtida e analisada provisoriamente. Esse movimento permitiu a volta ao trabalho de campo para obter dados adicionais ou aprofundar aspectos confusos. O esquema elaborado pelo autor sugeriu que a seleção do tema fosse seguida pela definição do problema e do planejamento da pesquisa. O planejamento pode definir em alguns momentos um retorno à seleção do tema ou foi seguido pela obtenção das informações, que, por sua vez, estabeleceram diálogo contínuo com o tema e o problema. O manejo das informações antecedeu a análise dos dados em contínuo contato com o problema definido.

6.4 Procedimentos ético-legais

A pesquisa foi realizada considerando os aspectos ético-legais definidos pelo Conselho Nacional de Saúde e seguiu os apontamentos da Resolução 466/2012 do referido Conselho (BRASIL, 2012a), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta de dados por meio das entrevistas somente iniciou com a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina, via Plataforma Brasil, precedido da autorização de sua realização pelo HU/UFSC.

Dessa forma, foram considerados nesse processo a eticidade da pesquisa e suas implicações, como destacado na Resolução supracitada, a exemplo: respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios; relevância social da pesquisa (BRASIL, 2012a).

As entrevistas foram antecedidas por convite e esclarecimento, que foi mediado por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (conforme Apêndice F). Consta em anexo (Anexo 1) o parecer consubstanciado do CEPESH da UFSC autorizando a realização da pesquisa⁶². Os termos de consentimento estão arquivados pela autora da pesquisa.

⁶² O parecer foi emitido com o título inicial do projeto de pesquisa: “O Serviço Social e a configuração das demandas de atuação em serviços públicos de saúde: o caso social em saúde”. O mesmo título foi utilizado nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Importante frisar que não houve qualquer alteração no que tange aos demais elementos metodológicos ou desenho da pesquisa, inclusive no que se refere aos roteiros de entrevistas.

7. O QUADRO INSTITUCIONAL-LEGAL: TENDÊNCIAS E TENSÕES PARA O TRABALHO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS, TRANSPLANTES E SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A presente pesquisa se baseou, como descrito, na análise documental e em entrevistas com profissionais de saúde de um hospital universitário público e de ensino. A análise documental foi incluída no intuito de que se verificassem as pressões institucionais nos processos de constituição das demandas por profissionais no contexto de atuação nos três serviços de saúde envolvidos no estudo: Urgência e Emergência (especificamente as de unidades hospitalares), Transplante (especificamente o transplante de fígado) e a Saúde da Criança e Adolescente (especificamente a internação). Como adiantado, não se localizou legislação que contemplasse alguma especificidade acerca da internação de crianças e adolescentes. Portanto, essa foi uma das direções tomadas para buscar compreender e enaltecer a lógica do processo de demandar o assistente social em espaços e/ou serviços em suas especificidades.

Assim, a partir do entendimento de que os aspectos que derivam da institucionalidade materializada nos aportes legais são importantes para o diálogo com o problema de pesquisa, nesse capítulo, apresentamos o resultado da discussão dos temas dos documentos selecionados (Apêndice A) a partir de referências, como exposto no roteiro de Análise Documental apresentado no capítulo intitulado Percurso Metodológico.

Grande parte do material documental selecionado é constituída por portarias ministeriais. As portarias são atos normativos internos “pelo qual os ministros e seus secretários, estes somente no âmbito de sua competência material, estabelecem regras, baixam instruções para aplicação das leis ou tratam da organização e funcionamento de serviços de acordo com a sua natureza administrativa” (BRASIL, 2010b, p. 15).

O grande número de portarias publicadas a cada ano deve-se à amplitude de suas funções:

Institucionalização de políticas; estabelecimento de diretrizes; definição e criação de planos e normas de procedimentos; nomeação, designação de ocupantes de cargos em comissão e funções de confiança; instituição de comissões, comitês, grupos de trabalho, etc.; aprovação de plano de trabalho de apoio às ações de saúde; instituição de

programas de saúde; aprovação de regulamentos; autorização/cancelamento aos estabelecimentos de saúde, para retirada de órgãos, tecidos e transplantes às equipes especializadas; habilitação de serviços específicos aos hospitais e estabelecimentos de saúde; repasses de recursos financeiros e outros serviços dentro de sua esfera de competência, entre outros. (BRASIL, 2010b, p. 15)

Por isso, falar em Portaria em um hospital público é falar de uma referência importante que se aplica desde a autorização de funcionamento de um serviço até a orientação de práticas cotidianas na assistência direta à população. É um referencial importante para assistência, gestão, controle social e também para os processos de ensino na área da saúde, pois é comum seu uso para momentos da formação profissional em área profissional específica e na formação especializada, incluindo a formação multiprofissional, como em programas de Residência.

As portarias, em geral, tratam de três assuntos: 1) de caráter pessoal do servidor; 2) de repasses de recursos e 3) de políticas de saúde. As Portarias de políticas de saúde, geralmente, são elaboradas pela área técnica interessada e sua minuta é apreciada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁶³ e passa, posteriormente, por aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde. Após a aprovação do Conselho, a área técnica encaminha a minuta ao Gabinete do Ministro, que direciona para a análise jurídica. O gabinete do ministro faz adequações necessárias e, com a assinatura do ministro, o documento é enviado para publicação no Diário Oficial da União (BRASIL, 2010b).

Assim, as portarias são expressão da condução das políticas públicas, do mesmo modo como são outras referências legais as quais também utilizamos. Em geral, implicam o diálogo da área técnica do governo com setores da sociedade ou com a sociedade (nesse quesito, principalmente a partir das Consultas Públicas), mediando tendências e interesses que se expressam na composição e condução do governo.

⁶³ “Constituem-se como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde (SUS)”. A partir de 2011, as Comissões, que funcionam também nas esferas estaduais (Comissões Intergestores Bipartite), ganham novas atribuições: “pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção a saúde” (BRASIL, 2016a, p. 1).

Na pesquisa, também foram integradas resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A ANVISA⁶⁴ é órgão vinculado ao Ministério da Saúde e integra o SUS, por isso, se compromete também com seus princípios e diretrizes. Sua criação como autarquia sob regime especial e a prerrogativa de autonomia, principalmente no que se refere a decisões técnicas, colocaram-na como novo locus de circulação de poder político, pois, além de lhe caber a execução de políticas, também tem o poder de formular políticas a partir da recorrente edição de normas específicas que se tornam principal referencial legal de regulamentação do setor – até mesmo por suas definições serem aplicáveis tanto aos serviços públicos quanto aos privados. Nos seus quadros normativos, estão previstos espaços *de* participação direta e indireta da sociedade civil (como consulta pública, audiência pública, entre outros) que atentam a dar maior legitimidade à sua atuação (ALVES, 2008).

Assim, a política pública é uma construção social que articula interesses diversos e constrói também diferenciados modelos de intervenção a cada tempo. Tomado o período de 1990 a 2002, por exemplo, cada gestão de governo federal editou uma nova norma, definindo regras específicas que expressam uma determinada concepção sobre a condução da política de saúde. Essas normas têm como característica principal a definição de regras para a descentralização a partir da utilização de mecanismos e incentivos financeiros para a indução de políticas nos estados e municípios, o que revela uma tendência do Ministério da Saúde brasileiro de tutelar o processo decisório sobre a política de financiamento (BAPTISTA, 2007).

Dessa maneira, existem questões incontornáveis a considerar quando se propõe abordar esse tipo de documento na área da saúde. Primeiramente, que são produzidos em conjunturas, por grupos que compõem as estruturas governamentais em determinado momento e que neles imprimem interesses de diferentes grupos, influências teóricas de distintas vertentes. Por isso, algumas práticas fazem parte da sua constituição, como: estudos de impacto socioeconômico, estratégias de participação social, como audiências e consultas públicas⁶⁵, com

⁶⁴ A ANVISA foi criada em 1999 no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro, num cenário de graves escândalos relacionados à falta de qualidade de serviços, medicamentos e outros produtos na área da saúde (ALVES, 2008).

⁶⁵ As consultas públicas são processos de construção conjunta de políticas públicas entre governo e sociedade, que ocorrem a partir da manifestação dos cidadãos, comunidades técnico-científicas, profissionais, empresas, movimentos

proximidade em diferentes graus às necessidades populares. Pode-se falar ainda da constituição de Comitês Técnicos Assessores. Os Comitês reúnem especialistas e representantes de sociedades científicas, da sociedade civil e dos gestores do SUS para assessorar a formulação, monitoramento e avaliação das políticas, programas e atividades relativas à saúde. Em geral, são espaços consultivos previstos para atuar no aperfeiçoamento das políticas e serviços e que também buscam atribuir legitimidade às decisões. Assim, cabe ressaltar que, de algum modo, são documentos que, por meio de alguns interlocutores (seus estudos, interesses diversos e divergentes), dialogaram também com a realidade dos serviços, com suas experiências (tradicionais ou inovadoras) e sobre as condições de tornar as medidas propostas exequíveis pelas instituições.

Portanto, faz parte desse processo a questão de como incorporar mudanças frente à heterogeneidade de condições das instituições de saúde brasileiras em garantir novas atividades – por exemplo, o crônico problema do quadro funcional defasado. No que concerne à previsão das equipes que constituirão os serviços, a experiência da atuação na área permite afirmar que os textos legais tendem a definir a composição das equipes com caráter multiprofissional geralmente com base no reconhecimento da complexidade das respostas profissionais em certas áreas de atenção, variando pela busca de eficiência e eficácia do serviço ou dos procedimentos. Desse modo, os textos legais podem gerir-se pela ampliação e/ou recomposição de equipes ou apenas efetuar seu reconhecimento legal frente a práticas já desenvolvidas nos serviços, permitindo aí também se concretizarem formas de remuneração aos serviços prestados.

As legislações pesquisadas foram publicadas no período compreendido entre os anos de 1998 e 2016. Foram incluídas leis vigentes, o que nos aponta que houve, principalmente na última década, importantes incursões das gestões federais sobre todos os temas, principalmente nas gestões assumidas pelo Partido dos Trabalhadores (PT). Na área de transplantes, publicando o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (BRASIL, 2009a) e novos procedimentos de custeio (BRASIL, 2012b). Na área de Urgência e Emergência, com a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em

e organizações da sociedade sobre as ações e programas do governo. Na área da saúde, as consultas podem ocorrer para tratar de políticas e instrumentos legais que orientam ações no campo da saúde no País, como, por exemplo, ampliação das faixas etárias permitidas para a doação de sangue (BRASIL, 2017a, p. 1).

2010, e a instituição de uma rede específica nessa área a partir da publicação de Portarias em 2011 e 2012 (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012c). Na área da saúde da criança, fica evidente a priorização da atenção ao parto, pós-parto e neonatologia, com a criação da Rede Cegonha - uma hipótese é que isso ocorra pelo maior índice de mortalidade nessa fase da infância. Posteriormente, a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015a), cuja formulação se desencadeou em 2011. Resoluções publicadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária também se tornaram referências importantes para o funcionamento dos serviços hospitalares, o que a coloca como um agente bastante ativo nesse período.

Não se propôs ao aprofundamento da totalidade das amplas questões e tendências que provocam um olhar analítico a essas formulações, mas buscaram-se capturar do quadro institucional-legal tendências e tensões mais imediatas para o trabalho em saúde. Nessa direção, parece se manifestar a permeabilidade a um conjunto de elaborações encampadas por correntes da Saúde Coletiva no Brasil, assim como uma permeabilidade às tendências que tratam o trabalho em saúde na órbita da atenção gerenciada.

7.1 Aspectos históricos e contemporâneos da estruturação institucional-legal das áreas em estudo

Dessa maneira, torna-se importante localizar brevemente aspectos históricos e contemporâneos da estruturação institucional-legal das áreas em estudo. Sobre os transplantes de órgãos, é possível considerar que é um serviço que se adensa mais recentemente no SUS. Os transplantes ocorrem no Brasil desde a década de 1960, mais voltados aos transplantes de rins. Porém, até a década de 1980, não se registra um número significativo de procedimentos. É na década de 1990 que o número de transplantes de outros órgãos sólidos, além dos rins, tornou-se expressivo. Legislações nessa área foram publicadas na década de 1960 e foram substituídas por legislação federal na década de 1990. Até os anos 1990, “o que existiam eram regulamentações regionais, desenvolvidas informalmente quanto à inscrição de receptores, ordem de transplante, retirada de órgãos e critérios de destinação e distribuição dos órgãos captados” (SBCVV, 2003). A necessidade de regulamentação desta atividade, com a definição de critérios claros, levou à publicação da lei

que hoje vigora sobre a disposição da remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

O regulamento sobre as atividades de transplantes e sobre a Coordenação Nacional de Transplantes (BRASIL, 1998a) buscou padronizar o funcionamento do Sistema Nacional de Transplante (SNT) e dos órgãos vinculados no Brasil. Explicitava-se a necessidade de estabelecer parâmetros operacionais e normas específicas de funcionamento dos estabelecimentos envolvidos no processo, a fim de garantir equidade na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes e enxertos para os pacientes.

Em 2009, era preocupação, para a publicação do Regulamento Técnico do SNT, a necessidade de atualizar, aperfeiçoar e padronizar o funcionamento do sistema e dos seus órgãos vinculados, assim como estabelecer reatualizações para aprimorar processos entre os estabelecimentos envolvidos no transplante. Havia uma preocupação em aperfeiçoar as normas e o processo de supervisão, gerenciamento e controle das listas de potenciais receptores – estaduais, regionais e nacionais – e de garantir a equidade e a transparência na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes e enxertos (BRASIL, 2009a).

Já em relação às Urgências e Emergências em saúde, a primeira proposição legal no Brasil é datada do início do século XX, sobre o “Socorro Médico de Urgência”, atribuído à Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública. Visava ao socorro “a feridos, acidentados na rua e afogados” (LOPES, 2009). Em 2002, quando da publicação da lei mais antiga em vigor (o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência), o governo expunha como preocupação o fato de as unidades de emergência funcionarem como “porta de entrada” do sistema de saúde e superlotarem ao acolher urgências de distintas naturezas: pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Apontava-se a necessidade de acolher o público para prestar atendimento, mas também a necessidade de redirecionamento do público para os locais adequados à continuidade do tratamento (BRASIL, 2002b).

A instituição da Rede de Atenção no SUS, em 2010, foi um marco recente para reorganização institucional no sistema supracitado e na área de urgências e emergências, bem como nas outras áreas abrangidas nesse estudo, por ter desencadeado um processo de renovação normativa. A Rede de Atenção no SUS se apresentou como “processo instituidor e organizador do sistema de saúde”. A Rede de Atenção à Saúde é definida

como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Foram definidas pelo Ministério da Saúde em discussão com Grupo Técnico as seguintes redes: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2010a, p. 4).

A publicação da Portaria 4.279/2010 veio acompanhada de um texto explicativo que deixa claro, entre outros aspectos, que as RAS visam superar a fragmentação da atenção e da gestão, aprimorando aspectos da regionalização e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. O modelo de atenção à saúde, até aquele momento, foi apresentado como fundamentado em ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta. Além disso, está presente a preocupação em lidar com diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões. Num plano geral, quer enfrentar as grandes questões para efetivar um sistema unificado e integrado no país. Na perspectiva das Redes, a proposta é lidar com a fragilidade na gestão do trabalho, com o problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública.

A perspectiva é que as Redes, pautadas na efetividade e na eficiência, garantiriam ações e serviços para atender às necessidades dos usuários. A reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e a instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS, que passa a vigorar em 2011, buscaram vincular-se ao conceito amplo de saúde e ao direcionamento da intervenção e resposta às necessidades de saúde. No preâmbulo do texto legal, definiu-se que a nova política se aplicaria ao atendimento aos quadros agudos a ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS. Com a organização da Rede de Atenção às Urgências, pretende-se “articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna” (BRASIL, 2011b).

Destacam-se algumas diretrizes da Rede de Atenção às Urgências: a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos; garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); a

humanização da atenção; conectividade entre os diferentes serviços que compõem a rede (pontos de atenção); atuação territorial a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas. Em relação ao trabalho, fala-se da implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; que a atuação profissional e gestora será aprimorada por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde. Estão compreendidos, entre as diretrizes, o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho (BRASIL, 2011b).

A Rede de Atenção às Urgências no SUS prevê diversos componentes ou pontos de atenção. O componente hospitalar é especificado na Portaria 2.395 de 2011. Define que as “Portas de Entrada Hospitalares de Urgência” são “os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas”. Descreve que o objetivo de serviço hospitalar da rede de urgência é atender à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionar como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade. As unidades atenderão a linhas de cuidado prioritárias (o infarto agudo do miocárdio, do acidente vascular cerebral; da traumatologia). Deve garantir ainda apoio em média e alta complexidade, além de procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de cuidados prolongados (BRASIL, 2011c).

Assim, superar a fragmentação e instituir a gestão do cuidado aparecem como elementos fortes. A partir desse momento, nas normativas, desaparece a ideia de que as emergências atendem a urgências distintas, como ocorreu na publicação de 2002. Agora, o processo de trabalho ocorre não somente pelos conceitos de urgência e emergência. Estes aparecem em paralelo ao conceito de “quadro agudo”. Tal definição se alinha ao entendimento de que a Emergência é um espaço que acolhe, ou deve acolher, aspectos de atenção à saúde, delimitados pela possibilidade de abordagem da especialização médica (urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumatológicas).

As diretrizes para a organização do Componente Hospitalar colocam-se em torno dos conceitos de universalidade, equidade, integralidade e humanização; da mediação do acolhimento com

Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; regionalização e atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado. Nessa direção, para estarem habilitadas para credenciamento, as unidades devem adequar-se a critérios, com o estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital; e implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à: a) qualificação do cuidado; b) eficiência de leitos; c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho; d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos (BRASIL, 2011c).

Pode-se identificar que há uma incursão sobre a organização do processo de trabalho qualificada com os atributos da “Gestão da Clínica”. Nessa direção, o controle e padronização do trabalho tende a ocorrer a partir de protocolos, articulação das equipes, acompanhamento do processo de trabalho, uso racional de recursos e critérios de alta hospitalar do paciente. Além disso, há uma referência importante que relaciona o trabalho à perspectiva da atenção a sujeitos em sua singularidade, expressa pela ideia de “caso”. O acolhimento é do “caso”, a responsabilização e o acompanhamento são “dos casos”. A manifestação, foco de atendimento, o agravo ou agudização que demandará sempre uma atenção singular.

A portaria define que, para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, as instituições tenham Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar. A título de captura de lógica que procura imprimir ao processo de trabalho, importa destacar as preocupações que se acumulam nas competências desses Núcleos, como, por exemplo: garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares; monitorar o tempo de espera para atendimento; avaliar por meio de indicadores clínicos e administrativos; propor e acompanhar a adoção de protocolos clínicos; articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar; vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência; uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho; definir critérios de internação e alta (BRASIL, 2011c).

Compõe também o conjunto de textos normativos relativos à atenção em urgências e emergências a Portaria 2.809, de 7 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012c). Fica evidenciada, no seu texto, a necessidade de pensar os “cuidados hospitalares prolongados” como estratégia

multidisciplinar de assistência integral, humanizada e individualizada, articulada com os demais pontos de atenção da RAS. Os cuidados prolongados são apresentados como estratégia para retaguarda a Redes de Atenção às Urgências e Emergências e também às demais Redes.

Os Cuidados Prolongados podem ser organizados em duas modalidades: Unidade de Internação em Cuidados Prolongados, como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). Ambas constituem “estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio” (BRASIL, 2012c, p. 2). O HU/UFSC tem leitos credenciados como UCP. Os cuidados prolongados, muitas vezes, ocorrem no próprio espaço dos serviços de emergência, que dispõem de leitos de retaguarda.

São muitas as diretrizes apresentadas para prestação dos cuidados prolongados. Para a nossa discussão, a reiteração da humanização atrelada ao cuidado individualizado, a garantia de cuidado por equipe multidisciplinar, a garantia da alta hospitalar responsável e em tempo oportuno, a corresponsabilização da família no cuidado e a intersetorialidade sobressaem.

A finalidade dos Cuidados Prolongados dá elementos para pensar sobre a reiteração de algumas tendências presentes em outras Portarias estudadas: como a ideia de continuidade do cuidado do usuário com a assistência das equipes de saúde que atuam no território; a diminuição da ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI); a redução as internações recorrentes e aumento da rotatividade dos leitos.

Juntamente à previsão da continuidade dos cuidados, a Portaria de Cuidados Prolongados almeja a introdução de intervenções inovadoras e adaptadas às novas necessidades sociodemográficas e epidemiológicas da população, uma das finalidades dos “Cuidados Prolongados”. No cenário do envelhecimento populacional e o aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis, os “Cuidados Prolongados” se colocam ainda à finalidade da garantia do acolhimento e humanização, da reabilitação parcial ou total que permitam a continuidade do cuidado e/ou adaptação ao autocuidado. A atuação multidisciplinar entra na finalidade de avaliar as necessidades do usuário. É previsto o Plano Terapêutico para o usuário dependente de cuidados, “especialmente, quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, devendo ser o resultado da discussão de caso em equipe, com vistas ao seu retorno ao

domicílio”. É finalidade também promover a continuidade do acompanhamento do usuário após a alta hospitalar, com a possibilidade de reavaliação de riscos e a adequação de condutas; apoio e a manutenção da capacidade funcional do usuário, garantindo os cuidados terapêuticos e o apoio psicossocial necessários, com o intuito de promover a independência funcional e a autonomia. Por fim, destacamos a participação da família, que deverá ser “orientada” e “apoiada”, em parceria com a atenção básica, inclusive atenção domiciliar, para manutenção e corresponsabilização pelo cuidado em uma construção progressiva de autonomia e retorno ao convívio social (BRASIL, 2012c, p. 2).

Ganhou expressividade nessa normativa a proposição da “alta hospitalar responsável”, que consiste em “preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social”. Implicará avaliação da equipe multidisciplinar para identificar “estratégias mais adequadas e os respectivos riscos potenciais, considerados os aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário”. Para além da promoção da continuidade do cuidado, quer-se otimizar o tempo de permanência do usuário internado e prevenir o risco de readmissões hospitalares, entre outras finalidades previstas (BRASIL, 2012c, p. 6).

A perspectiva de “Cuidados Prolongados” compõe uma discussão sobre o cuidado dos doentes crônicos e iniciativas da gestão da saúde em relação ao perfil sociodemográfico e epidemiológico, os impactos aos sistemas de serviços de saúde e a destinação de um lugar à família no rol de estratégias de enfrentamento. Fica mais evidente o reconhecimento dos limites institucionais, particularmente do hospital, em abraçar a questão. A eficiência é um norteador preponderante. O hospital não será o lugar da cura, mas o lugar da estabilização. Reconhece-se e reforça-se, dessa maneira, a reabilitação parcial e a transferência do cuidado para outras instâncias, inclusive o domicílio.

No que concerne à saúde da criança e adolescente, como já informamos, são poucos indicativos institucionais e legais que versam mais explicitamente sobre a hospitalização da criança. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990) –, incluindo as alterações da publicação do Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016b), prevê o acesso integral às linhas de cuidado à criança e ao adolescente, a eles destinados por intermédio do SUS, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção,

proteção e recuperação da saúde. Com a publicação do Marco Legal, deu-se a ampliação das obrigações do Poder Público ao fornecimento de insumos a atenção à saúde – medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas. Amplia a garantia do acompanhamento na internação, de modo a incluir as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários. Outra modificação foi quanto à atenção às situações de violência contra crianças na primeira infância. Passa a vigorar que os serviços de saúde e os serviços de assistência social, em seu componente especializado, e os demais órgãos do Sistema de Garantia de direitos da criança e do adolescente deverão atribuir máxima prioridade ao seu atendimento.

Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) se organiza a partir das RAS e de seus eixos estratégicos, “mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica” (BRASIL, 2015a, p. 3).

A PNAISC destaca a necessidade de fortalecimento de eixos temáticos estratégicos para promover a integralidade do cuidado da criança. A atenção básica em saúde configura-se como coordenadora do cuidado e centro do processo de atenção. Segundo informe do Ministério, o texto tem especial atenção à primeira infância (zero a cinco anos) e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e em situação de rua (BRASIL, 2015a).

Embora possam existir elaborações de órgãos de representação de categorias profissionais ou entidades de pesquisa e ciência que, de alguma maneira, atuem sobre o processo instituidor legal, não houve possibilidade de avançar na direção de sua análise. O que se alcançou, que pode ser objeto de destaque, foi a existência de uma Resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – CONANDA⁶⁶, em que se definem os direitos da criança e do adolescente hospitalizados (Resolução CONANDA n.º. 41/1995. BRASIL, 1995a).

⁶⁶ Podemos citar algumas das competências do CONANDA, como elaborar as normas gerais da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, fiscalizando as ações de execução, observadas as linhas de ação e as diretrizes estabelecidas nos artigos 87 e 88 do ECA; zelar pela aplicação da política nacional de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; dar apoio aos Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do

O texto da Resolução é integralmente oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Abrange, por exemplo, que é direito da criança e adolescente ser hospitalizado quando for necessário o seu tratamento, sem distinção de classe social, condição econômica, raça ou crença religiosa, assim como o direito de não ser ou permanecer hospitalizado desnecessariamente por qualquer razão alheia ao melhor tratamento da sua enfermidade. “Direito a ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos a serem utilizados, do prognóstico, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico, quando se fizer necessário”. Seus pais ou responsáveis também participam ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetido. “Direito a ter seus direitos Constitucionais e os contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente, respeitados pelos hospitais integralmente”. Há direitos que abrangem a criança recém-nascida, como o “direito a ser acompanhado por sua mãe, pai ou responsável, durante todo o período de sua hospitalização. Direito a não ser separado de sua mãe ao nascer. Direito a receber aleitamento materno sem restrições” (BRASIL, 1995a, p. 1-2).

Entre as poucas referências à atenção à criança hospitalizada, a Portaria 1.153 de 2014 trata da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Essa é uma iniciativa fomentada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e basicamente promove o incentivo ao aleitamento materno desde o nascimento. A lei, como referenciado no texto, entra na estratégia de redução da mortalidade infantil (crianças até 5 anos) e materna, um dos compromissos assumidos pelo Brasil pela assinatura da Declaração do Milênio, visando cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Os hospitais que cumprirem os requisitos necessários para se tornarem “Amigos da Criança” recebem incentivos financeiros que variam sobre os recursos destinados aos partos e crianças nascidas na unidade (BRASIL, 2014a).

Adolescente, aos órgãos estaduais, municipais e entidades não governamentais para tornar efetivos os princípios, as diretrizes e os direitos estabelecidos na Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990; avaliar a política estadual e municipal e a atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais da Criança e do Adolescente; acompanhar o reordenamento institucional propondo, sempre que necessário, modificações nas estruturas públicas e privadas destinadas ao atendimento da criança e do adolescente, entre outros (BRASIL, 1991, p. 1).

Com a instituição das RAS, o tema do parto e nascimento permanece privilegiado. Com a Rede Cegonha, busca-se “a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança”. Com foco na neonatologia, são objetivos da Rede Cegonha instituir um “modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”. Objetiva ainda a organização da rede para garantir acesso, acolhimento, resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011d, p. 1).

Desse modo, a Rede Cegonha dirige-se a garantir acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade no pré-natal; garantir serviço de referência e transporte seguro. Direciona-se também para definição de boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento e atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses. Abarca ainda o acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011d).

7.2 Aspectos e questões transversais da base institucional-legal das áreas em estudo: redes e gestão da clínica, segurança e trabalho em saúde

A existência de normativas que se sintonizam com todos os serviços incluídos na pesquisa, destacados inclusive por gestores do HU/UFSC, consultados no processo da pesquisa, levou a distinguir alguns temas relevantes para a discussão de tendências, pressões e elementos que influenciam a organização do processo de trabalho em serviços de uma instituição hospitalar (documentos do Grupo B, Apêndice A). Sua incorporação amplia a discussão em pontos significativos na condução da política de saúde e tendências para a gestão dos serviços.

Tendências podem ser significativamente expressas em alguns conceitos. Entre eles, o conceito de Redes, como já se manifestou no item anterior. As Redes “retomam” o compromisso de assegurar resolutividade ao sistema de serviços. Entre os atributos expressos na Portaria 4.279/2010, podemos destacar a existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção. A resolutividade propalada se vislumbra por meio de fundamentos, alguns deles ancorados nos conceitos da teoria econômica: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e

disponibilidade de recursos; integração vertical e horizontal; processos de substituição, entre outros.

O que se revelou interessante na incursão pelos documentos é a “invasão” das “ferramentas de micro-gestão dos serviços”, o que, no nosso ponto de vista, tem impacto na organização do processo de trabalho em saúde. Aponta-se, no texto legal, que a Rede de Atenção à Saúde deve ser organizada a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos. Defende-se a ampliação do objeto da clínica para além das doenças, “visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas”. A gestão da clínica aqui compreendida implica “a aplicação de tecnologias de micro-gestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos e; e) melhorar a qualidade da atenção à saúde” (BRASIL, 2010a, p. 2).

O processo de microgestão é ordenado por Diretrizes Clínicas. É a partir delas que as Redes devem ser desenhadas. As Diretrizes Clínicas são definidas como “recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária”. Devem ser elaboradas considerando visão ampliada do processo saúde-doença e integralidade. Deve incorporar evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia (BRASIL, 2010a, p. 2).

Das Diretrizes Clínicas, derivam Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais. As Diretrizes também orientam as Linhas de Cuidado, viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos. As Linhas de Cuidado, orientadas por diretrizes clínicas, são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde. Com elas, procura-se articular as unidades de atenção de uma dada região de saúde para favorecer a atenção aos usuários, objetivando diagnóstico e terapia em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. “Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas” (BRASIL, 2010a, p. 2).

Além das Diretrizes Clínicas e Linhas de Cuidados, são outras ferramentas: a) gestão da condição da saúde: coloca no foco, ao invés de no indivíduo, uma população adscrita, possibilitando a intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos; b) a gestão dos riscos coletivos e ambientais: em que se privilegia a

vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco; c) gestão de caso: em que se evidencia a abordagem do “caso”. Refere-se a um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa. Almeja-se o desenvolvimento de uma relação personalizada entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde; d) auditoria clínica, que consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde; e) lista de espera, uma tecnologia para estabelecer critérios de ordenamento por necessidades e riscos, orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda (BRASIL, 2010a).

No que tange à atenção hospitalar, novas perspectivas são dadas com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Já sob influência da política das RAS, define-se que o modelo de atenção no hospital será centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar. O texto da PNHOSP vai reiterar as práticas de Gestão da Clínica, que aparece definida como “práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, co-responsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais”. As linhas de cuidado, por sua vez, aparecem como “estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário”. As Diretrizes Terapêuticas são definidas como “recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas”. Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos devem ser adotados no intuito de garantir intervenções seguras, resolutivas e evitar ações desnecessárias (BRASIL, 2013a, p. 03).

A Gestão da Clínica será estratégia para assegurar acesso, qualidade da assistência e segurança do paciente. O trabalho em equipe multiprofissional aparece como “estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital”. Almeja-se que as equipes compartilhem informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. Contudo, está prevista a distinção de equipes a partir da prática do “apoio matricial”: “As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência,

visando à atenção integral ao usuário”. O Plano Terapêutico é uma das atividades a ser elaborada em equipe, principalmente quando o usuário apresenta um quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade. A alta hospitalar responsável é mencionada e, como já abordamos, pela perspectiva de transferência do cuidado envolvendo a família e outros serviços da Rede, sobretudo à atenção básica. O gerenciamento dos leitos a partir da prática clínica no processo de internação e de alta está contemplado para a eficiência na gestão (BRASIL, 2013a, p. 05).

A gestão financeira também foi alvo de nova legislação nos últimos anos. A Contratualização aparece como nova modalidade de formalização das relações. Os serviços passam a ser contratados e remunerados com base no cumprimento de compromissos contratados. Os hospitais que aderirem à contratualização, como ocorre com o HU/UFSC, têm responsabilidades no âmbito da assistência, da gestão, do ensino, pesquisa e da avaliação. Em termos de assistência, o hospital deve cumprir os requisitos legais dos serviços oferecidos; deve utilizar diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos validados pelos gestores. São previstos também gestão de leitos hospitalares, alta hospitalar responsável; garantia de que todo o corpo clínico realize a prestação de ações e serviços para o SUS nas respectivas especialidades, entre outras exigências. O pagamento por desempenho institucional é uma das perspectivas das ferramentas de microgestão advogadas pela Gestão da Clínica (BRASIL, 2013b).

A segurança do paciente aparece como medida de qualidade a partir de “boas práticas”, sendo que a segurança do paciente na PNHOSP está em consonância com preocupações que a ANVISA expressa em duas resoluções publicadas em 2011 e 2013, respectivamente (BRASIL, 2011e; BRASIL, 2013c). Essas resoluções se aplicam a todos os serviços de saúde que funcionarem em território nacional, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Ambas têm foco nos riscos a que estão submetidos os usuários de um serviço de saúde. As ações para a segurança do paciente focam a redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Manifesta-se pela constituição do Núcleo de Segurança do Paciente, que deve disseminar a cultura de segurança e garantir processos de gestão de risco (BRASIL, 2013c).

Já as Boas Práticas, além de persistirem na humanização da atenção e gestão, têm como preocupação central que se estabeleça “uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços” nas instituições. Desse modo, aponta para que se

deva fazer uso de outra ferramenta de gerenciamento: a Garantia da Qualidade. Os componentes dessa ferramenta são as Boas Práticas de Funcionamento (BPF), que visam assegurar padrões de qualidade adequados (BRASIL, 2011e, p. 04).

As BPF são orientadas primeiramente à redução dos riscos inerentes à prestação de serviços de saúde. Ao aderir às Boas Práticas, o serviço de saúde deve cumprir padrões de qualidade e requisitos das legislações e regulamentos vigentes. O serviço de saúde também deve dispor de quadro de pessoal qualificado, ambientes identificados; equipamentos, materiais e suporte logístico. O serviço de saúde deve manter normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas de todos os seus processos de trabalho, em local de fácil acesso para toda a equipe (BRASIL, 2011e).

7.3 Demandas aos profissionais no referencial institucional-legal das áreas em estudo

A abordagem aos marcos institucionais e legais se deu inicialmente para identificar a previsão da composição das equipes dos serviços incorporados à pesquisa, assim como a previsão da inserção do assistente social. Outrossim, buscaram-se orientações acerca de demandas – tanto no que tange à matéria/objeto quanto ao que pudesse se referir a estratégias de requisição da atuação do profissional nas atividades desenvolvidas nos serviços, fluxos de trabalho e resultados a serem alcançados por meio dele –. Foi possível encontrar alguns desses elementos com mais evidência nos documentos que compõem o Grupo A (Apêndice A) do corpus documental.

É importante assinalar que não se parte da compreensão que a lei deveria abarcar os objetivos, as competências profissionais, resultados, fluxos de trabalho. Talvez a lei seja instrumento que participa da organização da vida pública, desde o Estado, de modo a não dever cercear as possibilidades que se constituem no trabalho em ato. A leitura das legislações parece não limitar a autonomia para proposições advindas dos profissionais ou gestores locais. Porém, frentes nessa direção parecem se abrir na lógica do gerenciamento da atenção, colocando novas nuances às condições de autonomia dos profissionais.

Como se observou no Percurso Metodológico, dos três serviços pesquisados, apenas dois contavam com legislações as quais diretamente se vinculam: Unidade de Emergência e Núcleo de Transplante Hepático.

Não há referência legal semelhante sobre internação pediátrica. Nesse ponto, parece importante avaliar que os serviços se organizam não somente referendados por marcos legais, mas por aspectos que tradicionalmente se convencionam em torno das respostas sociais e institucionais a serem oferecidas, aqui, no caso, a atenção à saúde da criança e do adolescente hospitalizado. A necessidade da manutenção de profissionais de áreas como Serviço Social, Psicologia e Nutrição, por exemplo, dialoga muito mais com as possibilidades de eficácia do serviço diante das necessidades do seu público. A emissão de alguma Portaria sobre a organização e diretrizes de funcionamento de unidades de internação pediátrica hoje, talvez, apenas reconheceria o que já se realiza.

As legislações da Urgência e Emergência, bem como as de Transplantes, indicam que a disponibilidade de profissionais é condição para o processo de credenciamento do serviço – ou critério para qualificação do componente de Rede –, se considerarmos os termos vinculados à pauta das RAS. Ao focarmos a equipe que as Portarias sugerem para compor Unidades de Emergência, pode-se afirmar que é favorável que seja prevista sua constituição multiprofissional, apesar de existirem três referências distintas vigentes e cabíveis ao HU/UFSC, que hoje é Unidade de Referência em Urgência e Emergência tipo II e UCP:

Quadro 7 – Referências legais para constituição da equipe em Unidade de Emergência e Unidade de Cuidado Prolongado

Portaria nº 2048/2002 (BRASIL, 2002b)	Portaria nº 2.395/ 2011 (BRASIL, 2011c)	Portaria nº 2.809/2012 (BRASIL, 2012c)
Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional: Médico Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista-Obstetra, Cirurgião Geral, Traumatologista-Ortopedista, Anestesiologista, Intensivista. Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	As UCPs deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: I – médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal,

<p>e Reabilitação: A Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade): Psicologia Clínica; Nutrição; Assistência Social; Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Farmácia; Hemoterapia, entre outros.</p>		<p>de segunda a sexta-feira; II – enfermeiro: sessenta horas semanais; III – técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; IV – assistente social: vinte horas semanais; V – fisioterapeuta: sessenta horas semanais; VI – psicólogo: vinte horas semanais; e VII – fonoaudiólogo: trinta horas semanais.</p>
---	--	--

Esse quadro dá uma perspectiva sobre a questão da sobreposição de referências para composição das equipes. Tal sobreposição pode se transformar em disputa sobre a “aplicabilidade” da(s) lei(s). Além disso, somente a UCP, que não contempla todas as atividades assistenciais realizadas na unidade, indica dimensionamento de atendimentos/leitos ou carga horária. Esse dimensionamento sinaliza para os condicionantes da atuação dos profissionais, afinal, o volume de atendimentos prestados por uma unidade acarretará distintos limites e possibilidades ao sujeito que presta atendimento. A questão do dimensionamento é uma questão que também se corporativiza. Ou seja: têm ficado a critério dos órgãos representativos das áreas profissionais os embates institucionais por critérios de dimensionamento para atendimento pelos profissionais nas unidades e serviços de saúde.

Para credenciamento do serviço de transplante, o estabelecimento de saúde deve apresentar um formulário de cadastro da equipe e um Formulário para Credenciamento de Estabelecimentos de Saúde

(BRASIL, 2016c). O formulário de cadastro da equipe se refere aos médicos que irão compor a “equipe especializada”. O segundo formulário, tipo *check-list*, serve para o requerimento da realização do serviço no estabelecimento. Nele, a instituição declara que integram o “corpo clínico” e “multiprofissional”: pediatra, nefrologista, infectologista, hemoterapeuta; radiologista; imunologista; assistente social; fisioterapeuta; especialista em saúde mental; anestesista com experiência em transplante hepático e no atendimento a pacientes com insuficiência hepática; enfermeiro com experiência em transplante hepático. No campo da infraestrutura, contempla-se a Farmácia, cuja atribuição é prover medicamentos necessários aos procedimentos de transplantes. Verifica-se então a não previsão da Nutrição, enquanto a Farmácia é integrada na lógica da dispensação de medicamentos e não como prática clínica, como ocorre no HU/UFSC.

A discrepância entre o que se prevê e o que ocorre nos serviços se combina à incômoda distinção entre equipes de um mesmo serviço – o que é potencialmente condizente com a lógica hierárquica da organização do trabalho em saúde. A previsão das equipes de um serviço de transplante parece alimentar a ideia de existirem distintas equipes: a especializada ou um “corpo clínico” (exclusivamente da área médica); e um “corpo multiprofissional”, serviços e infraestrutura.

As políticas na área de Urgência e Emergência também sugerem a distinção entre uma equipe mínima indispensável e o chamado “serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação” (BRASIL, 2002b). Ou, como referido acima na Portaria que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011c), a unidade deve “contar com equipe 24h, composta por médicos especializados” e “equipe multidisciplinar” e “equipes para manejo de pacientes críticos”. As equipes são distintas. Além disso, a definição de equipe multiprofissional é pouco precisa. Muitas vezes, uma proposição em torno do termo “equipe multiprofissional” pode definir não mais que a atuação de duas áreas profissionais – como ocorre na atenção primária, com a equipe de saúde da família composta, em geral, por profissionais da enfermagem e medicina.

O assistente social irá compor essas equipes sem que haja indicações sobre sua atuação. Foi possível verificar que há o entendimento de que o assistente social fará “assistência social” aos usuários do serviço, como expresso em uma das portarias de Urgência e Emergência (BRASIL, 2002b). Na área de transplantes, a partir do

referencial legal, não há qualquer indicação sobre o que fazem os profissionais, com exceção da medicina.

Como se abordou anteriormente, com exceção da Portaria que trata dos cuidados prolongados, as atribuições das áreas não médicas ficam distinguidas pelas perspectivas de “Serviço de Suporte” ou ideia de “apoio psicossocial”, “apoio”, ou “apoio matricial”, como aparece na PHOSP. De modo geral, preconiza-se o atendimento aos usuários com quadros agudos em saúde. No que tange ao transplante, é possível identificar a previsão de atribuições e resultados do trabalho da equipe especializada, que é centrada no procedimento cirúrgico – o transplante de tecidos, órgãos, células ou partes do corpo.

Não há recomendações sobre o processo de trabalho em equipe nas fases de pré e pós-operatório para potenciais receptores de órgãos. O processo aparece atrelado à realização de exames no pré-operatório, visando cadastro para recepção do órgão e a manutenção desse cadastro. O receptor estará “ativo” no cadastro à medida que esteja com seus exames pré-transplante completos, dentro do prazo de validade previsto e em condições clínicas adequadas para o transplante. Está presente na legislação de transplantes uma indicação de que as práticas dos profissionais não médicos serão subsidiárias, tendo em vista contemplar que cabe aos profissionais apoio em tempo integral às equipes especializadas e à realização dos procedimentos (BRASIL, 1998a).

A legislação de transplantes traz alguns compromissos que os serviços devem assumir com os pacientes, como, por exemplo, o informe dos riscos dos procedimentos. Mas não há previsão de ações que devam ser realizadas em equipe. Nos textos legais que orientam a implantação e organização do serviço, a “supressão” do processo de trabalho em equipe pré e pós-transplante que ocorre no HU/UFSC – de fundamental importância para o alcance do resultado sugerido, o procedimento cirúrgico – parece indicar a inexistência de entraves à constituição de propostas que compreendam os aspectos da realidade local a partir de processos autônomos das equipes frente às necessidades dos usuários. No entanto, esse “vazio” também dá indícios da desvalorização de tão importante processo que definirá (de fato) o sucesso ou não das possibilidades do implante do órgão, de todos os cuidados relacionados, fundamentalmente do processo de promoção da saúde que se estrutura por meio das práticas desenvolvidas. Ainda mais quando se sabe que o serviço se organiza a partir da compreensão de a probabilidade de sucesso do transplante estar diretamente atrelada à disponibilidade de uma forte

estrutura de apoio ao paciente, como destacarão integrantes entrevistados da equipe do HU/UFSC.

É possível sublinhar também que as relações entre as instituições que regulam e gerenciam os serviços e atividades relacionadas aos transplantes (sistema Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos do Estado – CNCDO) estão mais atreladas aos médicos. “É responsabilidade da equipe especializada autorizada para a realização de transplantes a manutenção e atualização das informações sobre a situação clínica dos pacientes por ela listados, em especial os dados que concernem aos critérios de seleção a serem utilizados para alocação do órgão ou tecido” (BRASIL, 2009a, p. 9).

Tais relações são mediadas pela avaliação e informe regular de dados físico-clínicos dos usuários. A ficha para inscrição em lista de espera requer dados cadastrais, além de diagnóstico; resultados dos exames laboratoriais e outros realizados; outras informações clínicas relevantes, a critério do médico assistente. Ou seja, não há previsão de outras informações que sejam de interesse ao órgão regulador. A lei aponta as enfermidades hepáticas graves e irreversíveis que viabilizam inscrição dos pacientes em lista de espera de transplantes de fígado. Não expressa a mediação a partir de outros dados da realidade socioeconômica do usuário ou sua família. Indica atribuições da equipe médica. Além disso, a seleção dos potenciais receptores para fins de transplante hepático será processada mediante regionalização (nos casos em que se aplique), identidade ou compatibilidade sanguínea, compatibilidade anatômica do doador, faixa etária, critérios de gravidade e tempo de espera. O Brasil adota ainda um critério de gravidade clínica (cálculo MELD/PELD) (BRASIL, 2009a).

Assim, estão previstas atribuições gerais que organizam o processo institucional e procedimental para o transplante. A equipe médica de transplante a qual o paciente está vinculado é a que mais é referida no âmbito da lei, em que o foco ou resultado é a realização do transplante como procedimento médico-cirúrgico. E, ao que consta, na atenção às urgências e emergências, prevê-se a resolução integral da demanda ou sua transferência responsável, ou seja, há uma perspectiva geral de resultados a serem alcançados por equipes mínimas (Medicina e Enfermagem) e o “apoio” de outras áreas. O resultado é generalizado, já que se refere a uma perspectiva a todas as portas de entrada dos serviços de saúde.

No texto que prevê os cuidados prolongados aos usuários, as atribuições das equipes são mais claras e pautadas no desenvolvimento de trabalho articulado, com troca de informações e ações conjuntas,

inclusive entre os diversos serviços que compõem a rede e que estejam envolvidos na admissão e alta do paciente (Porta de Entrada Hospitalar; Leito de Retaguarda; Unidade de Pronto Atendimento [UPA]; e/ou do Serviço de Atenção Domiciliar). Entre as atribuições da equipe multidisciplinar, destacamos algumas: avaliação global na internação ou reinternação ente equipe dos serviços envolvidos, como mencionado; a elaboração de Plano Terapêutico; articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica; elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio; orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio; articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado (BRASIL, 2012c).

É importante o destaque que esta Portaria concede à questão da alta hospitalar. Aqui, esse tema aparece mais aprofundado e definido: “A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social”. Dessa maneira, cabe à equipe multidisciplinar atuar em todas as etapas da internação para que esse momento seja estrategicamente realizado, considerando “aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário” (BRASIL, 2012c, p. 01). Há uma lógica de eficiência e prevê-se um cuidado mais eficaz. A alta responsável compreende identificar e aplicar as melhores alternativas assistenciais, o que engloba família e outros serviços. Entre os objetivos, a equipe deverá dispor das orientações adequadas ao usuário, cuidador e família por meio de relatório sobre a sua condição clínica e psicossocial. Talvez aí, um indicativo a atuação do assistente social.

Outra questão que se acopla à lógica dos cuidados prolongados é a que o trabalho multiprofissional deve ser horizontalizado. Médicos e enfermeiros contarão com uma equipe “multiprofissional de referência que atua diariamente no serviço, em contraposição à forma de organização do trabalho em que os profissionais têm uma carga horária distribuída por plantão” (BRASIL, 2012c, p. 4).

O texto que institui os cuidados prolongados não avança para delimitar competências específicas dos profissionais, o que permite indicar a pouca ou quase nenhuma inferência de regulação nessa área. Existem indicações de atribuições comuns, como a avaliação global do usuário, a utilização de protocolos, articulação entre equipes. Entretanto, a busca pelas indicações de objetos, competências profissionais ou fluxos

de trabalho ou de atenção deixou claro que há possibilidade de que eles sejam construídos pelas equipes nos seus espaços, também estas orientadas pela articulação com demais serviços que compõem as redes.

A comparação entre publicações legais na área da Urgência e Emergência permite avaliar que a previsibilidade de um fluxo de atenção se explicita pela exigência de rotinas de atendimento e funcionamento. Em 2002, as “Rotinas de Funcionamento e Atendimento” (BRASIL, 2002b) contemplavam, no aspecto das ações dos profissionais, procedimentos médico-cirúrgicos, de enfermagem e rotinas de suporte nutricional. Mais recentemente, a partir da instituição das RAS, os fluxos e “rotinas” mantêm-se como pressuposto da organização do trabalho. Aparecem renovados na forma de “Protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos”. Nessa direção, pesam os mecanismos de Gestão da Clínica, colocados como critérios de reorganização do fluxo e processo de trabalho, implicados como atividades para o credenciamento do serviço no SUS. Forte também é a proposição do Acolhimento com Classificação do Risco, como a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências, devendo ser requisitos de todos os pontos de atenção (BRASIL, 2011b).

Como antes abordado, as referências legais sobre a internação da criança e do adolescente não são expressivas, com exceção das ligadas ao pré-natal, neonatologia, aleitamento materno e indicações mais ligadas ao processo de vinculação e acompanhamento na atenção básica em saúde. As perspectivas mais recentes foram publicadas em 2015, com a PNAISC e o Marco Legal da Primeira Infância. Contudo, parece-nos que se constituiu, naquele momento, a base para uma incursão posterior do SUS nesse campo.

Da Rede Cegonha, como referimos, quanto à hospitalização ou componente hospitalar, seu foco são os serviços de maternidade, UTI neonatal e UTI adulto. Destacamos algumas das suas diretrizes, que nos dão ideia das orientações institucionais desse período de governo, como a garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.

Na relação da saúde da criança e adolescente com o hospital, também aparece como referência a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Há uma portaria de 2014 que define os critérios para habilitação

da IHAC, contudo também pouco contribui em relação à hospitalização de crianças em função de agravos. O foco da IHAC é a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo dos seis primeiros meses de vida até os dois anos de idade, ou mais, complementado com alimentos adequados, seguros e saudáveis. A alta hospitalar responsável é também presente nesse texto. Ficou definido que os “Hospitais Amigos da Criança assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta” (BRASIL, 2014a, p. 2). Está realçada a prática dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” para garantia de incrementos financeiros ao hospital.

A PNAISC investiu na definição de diretrizes que devem ser observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças, sendo elas:

I – gestão interfederativa das ações de saúde da criança; II – organização das ações e serviços na rede de atenção; III – promoção da saúde; IV – fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; V – qualificação da força de trabalho do SUS; VI – planejamento e desenvolvimento de ações; VII – incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; VIII – monitoramento e avaliação; e IX – intersetorialidade. (BRASIL, 2015a, p. 3)

Além dessas diretrizes, são apresentados eixos estratégicos que estruturam a PNAISC e que também devem orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional. Esses eixos devem orientar a estruturação de linhas de cuidado nas Redes de atenção. Pelo que se verificou, não há elementos mais concisos em relação à hospitalização de crianças, tendo novamente espaço importante as fases de pré-natal, nascimento e aleitamento materno, assim como ações que devem ser privilegiadas pela atenção básica. São os três primeiros eixos: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, sendo que o último deve ser privilegiado na atenção básica.

O eixo de “Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas” destaca a adoção de uma metodologia de atendimento que, em geral, é dirigida às crianças doentes de dois meses a cinco anos de idade: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)⁶⁷. A partir dela, é prevista uma abordagem em três etapas intituladas: 1) avaliar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade; 2) tratar a criança e; 3) aconselhar a mãe ou o acompanhante.

A atenção especializada também é prevista no eixo de “Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz”. Nele, destaca-se o fomento à organização e à qualificação dos serviços especializados para crianças e suas famílias, bem como a implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”. Em relação às ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade, cabe destacar que envolvem a inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas, da floresta e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas. Está previsto o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

Na PNAISC, há elementos que indicam seu desdobramento em novas formulações legais, como o apontamento à necessidade de implementação de diretrizes, protocolos, linhas de cuidados e ações ou

⁶⁷ Em junho de 2017, foi publicada uma nova portaria ministerial que dispôs sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Estratégia AIDPI e sua implementação e execução a indígenas. Foi autorizada sua implementação no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). No texto da Portaria, a Estratégia AIDPI é apresentada como tendo sido desenvolvida originalmente pela OMS e pelo UNICEF, caracterizando-se pela consideração da atenção à saúde na infância, simultânea e integrada ao conjunto de doenças de maior prevalência na infância. A Portaria aponta que a estratégia AIDPI tem por objetivo: “I – identificar sinais clínicos que permitam fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança, como encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio; II – ampliar e qualificar as ações de atenção integral à saúde das crianças; e III – diminuir a morbimortalidade de crianças de 0 (zero) a 4 (quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias” (BRASIL, 2017b).

processos de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança. Porém, em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado (VIEIRA & BENEVIDES, 2016), não se pode falar se este é ou não um processo em execução. O Ministério da Saúde apresenta que os eixos estratégicos discutidos acima se estabelecem como linhas de cuidado (Figura 1). Entretanto, na definição das linhas de cuidados prioritárias já estabelecidas nas Redes, essas linhas não aparecem e a referência a esse público pode ser até inexistente, como ocorre no debate quanto ao cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013d). É possível entender que há o que caminhar, no sentido de integrar as referências da PNAISC à constituição das RAS no SUS. Talvez, numa perspectiva otimista, pensando na continuidade desse processo de institucionalização que especifique a saúde da criança e adolescentes, também se desdobre a atenção especializada e a hospitalização.

Figura 1: Eixos Temáticos da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em set. 2017.

8. A BASE INSTITUCIONAL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: AS “ROTINAS” NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NAS DEMANDAS PROFISSIONAIS

Como abordado na Introdução, um desejo que norteou desde o princípio a elaboração dessa pesquisa, foi produzir uma contribuição sobre as questões vividas nos espaços de trabalho dos assistentes sociais na saúde e, assim, sobre a experiência que se processa cotidianamente em torno de distintas referências que marcam o requerimento da atuação desses profissionais no campo da saúde. Nessa direção, a principal tarefa que se propôs foi ouvir os sujeitos que protagonizam processos de atenção em saúde para que, por meio das suas experiências, pelo exercício da produção de conhecimento científico, melhor fosse compreendido o processo de demanda de atuação dos assistentes sociais.

Compreende-se que esse processo está em correspondência a aspectos da organização das práticas nos serviços marcados por referências político-legais, levantadas no capítulo anterior (ainda que não abordado em grande profundidade na pesquisa). Ademais, trata-se também das relações possíveis desses sujeitos para com essas formas institucionais e com outras formas que têm espaço e importância fundamentais para a organização do trabalho em um serviço de saúde. Nesse caso, são aspectos das relações que se constroem entre os sujeitos que protagonizam os serviços (profissionais e usuários, aqui focalizando as relações entre os profissionais) e como suas práticas são elaboradas por negociações baseadas, por exemplo, no lugar historicamente “ocupado” pelos profissionais nos serviços, nas atribuições, no (re)conhecimento e afirmação das suas matérias, entre outros. Em suma, como se viu em Nogueira (s.d. p. 59), quer se capturar o fundamental em um serviço de saúde: a sua intensa inter-relação pessoal, fator principal da sua eficácia.

Nesse capítulo, serão abordados aspectos legais e institucionais que expressam, e como se expressam, para atuação profissional nos serviços. Como se organizam as “rotinas”, expressão dos processos de trabalho nos serviços, públicos, condições de trabalho, as relações e suas repercussões para a demanda de atuação dos assistentes sociais.

8.1 Os parâmetros legais e a definição das práticas cotidianas: a relação dos profissionais com a base legal-institucional e outras referências

A relação da atuação profissional com as normas que orientam o funcionamento dos respectivos serviços permitiu verificar que os profissionais reconhecem sua existência, mas pode estabelecer com elas uma relação variável. Para alguns, na entrevista fica claro que muitas vezes a legislação pouco interfere no campo das atribuições das áreas profissionais, como sugere o capítulo anterior. Porém, a legislação pode também ser submetida a uma espécie de “releitura” de modo que nela se “projeta” as práticas assumidas pelos profissionais naquela equipe.

Assim, apesar de entre os entrevistados ser conhecida a existência e a responsabilidade na aplicabilidade dos aspectos legais, se reconhece a ausência de referências mais claras sobre os objetivos, as competências ou atribuições de profissionais de algumas áreas, como as chamadas “profissões/áreas de apoio” (P.1; P.9; P.15).

De modo geral, é possível afirmar que os profissionais, que já pouco identificam referências para suas práticas nos textos legais, também não identificam referências ao Serviço Social (P.13; P.16; P.15; P.4; outros), o que não corresponde com a falta de eficácia (P.14).

Da mesma forma, os assistentes sociais também não localizam nas portarias referências diretas sobre suas atribuições (AS1; AS2; AS3; AS4), como nos aponta a fala de uma das assistentes sociais participantes da pesquisa: “mais isso, assim, não tem nada de atribuições específicas/ que eu recorde não tem... assim especificamente voltado e explicando e dizendo qual que é o nosso trabalho” (AS2).

Alguns dos entrevistados apontaram que o trabalho do assistente social está relacionado aos princípios e diretrizes das leis orgânicas da saúde no Brasil, seus sentidos amplos, e a própria política de Assistência Social (P.1; P.17; P.18). Isso ocorreu também com profissionais de outras áreas ao avaliarem suas próprias referências, onde foi mencionado, por exemplo, o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990a)

No que se refere à incipiência de referências sobre a hospitalização de crianças, profissionais da Pediatria, recuperaram referências presentes em políticas como a Rede Cegonha e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2014a). Também foi mencionado referências das Organização Mundial de Saúde e Organizações de Segurança do Paciente. Identifica-se entre os profissionais a ausência de referência de atuação do assistente social próxima à realidade de trabalho na unidade.

É preciso considerar que a organização do serviço toma como referências os textos legais, mas também experiências desenvolvidas em outros serviços. Como não há referências de atuação para a maioria das

áreas profissionais designadas para compor a equipe nas legislações do, buscaram-se referências teóricas, relatos de experiência e experiências de trabalho de serviços conceituados.

A gente constrói, pelo menos aqui no serviço, a gente tenta construir essas atividades assim baseadas em evidência mesmo, baseada em artigo científico e em protocolos de serviços mais conceituados, como os serviços principais Einstein, Sírio Libanês, que a gente se baseou nos protocolos deles de avaliação pra fazer o nosso, mas como a gente não tem braço pra fazer completamente tudo o que eles fazem então à gente tenta garantir o mínimo, [...] que é a que a gente julga ser o mais importante, pelo menos pra preparar melhor o indivíduo. (P.2)

Eu acho que a gente não se pega muito nessa questão da portaria, do que é obrigatório. Acho que, quando a gente montou a equipe, tinha uma maior preocupação em ver se a gente estava fazendo dentro, mas, como a portaria não é muito clara nos requisitos, não acho que a gente tenha se prendido a isso. (P.12)

Há uma leitura que a referência de outros serviços não dispensa a construção de uma proposta de atenção própria. Contudo, ainda se identifica dificuldades de que essa prática em equipe esteja mais bem estabelecida, pois há protocolos que se voltam à abordagem ao usuário, mas não há uma formalização sobre as atribuições de cada área profissional envolvida. Assim, embora sejam atendidas as solicitações do credenciamento do estabelecimento, informando os profissionais das respectivas áreas que irão compor o serviço, podem não ser definidas as atividades que serão realizadas pelo profissional ou o tempo de dedicação do trabalhador ao serviço, o que muitas vezes, avalia-se, acarretar em perda de qualidade na assistência direta ao usuário (P.4; P.15).

Sobre a organização de protocolos assistenciais, tal como vem sendo fomentado pelas portarias, apontou-se diferentes direções acerca das possibilidades de sua articulação no cotidiano. Chegou a ser sugerido que as condições de trabalho permitem um “outro tipo” de protocolo: “Às vezes, eu acho que o protocolo que se exige é isso: que tu respondas às situações de acordo com as urgências, com as prioridades. Então, a gente

tem que estar ali avaliando isso o tempo inteiro” (P.1). Avalia-se também a (im)possibilidade da efetivação de protocolos nos espaços dos serviços em função do quantitativo profissional defasado e estrutura física insuficiente. Aparece que a inaplicabilidade do “trabalho protocolado” se associa a uma gestão inadequada da rede, incapaz de realizar um “filtro” das “verdadeiras demandas”, o que sobrecarrega a estrutura do serviço. “Eu acho que em Florianópolis as coisas não são, o sistema não é articulado [...]. Mas é por isso que tem que ter a rede, tem que ter um filtro até chegar, porque eu penso que é extremamente ineficiente...” (P.22).

Assim, quanto ao uso de protocolos clínicos, este é exposto como algo necessário, porém algo “relativizado” no serviço: “todos sabem o que precisa ser feito” (P.23) independentemente de protocolo. Ademais, como “são médicos de diferentes escolas de Medicina então cada um chega a um final comum, né?, mas os meios de chegar lá são um pouco diferentes” (P.14).

Os limites da organização do trabalho a partir de protocolos ocorrem quando não há recursos humanos suficientes para sua aplicação. Nessa direção, afirmou-se:

Ao longo da semana e ao longo das vinte e quatro horas, [o serviço] é muito heterogênea nos recursos humanos e o hospital é muito heterogêneo no serviço de apoio. Tem serviço que não funciona à noite, tem dia que nós estamos em dois [médicos no turno], tem dias que nós estamos em três. [...] Eu acho que, enquanto não estiver homogêneo isso, não estiver [o serviço] homogêneo[o], a questão de ter sempre três pelo menos médicos em cada horário e o serviço de apoio, radiologia funcionar melhor, ter mais agilidade para conseguir determinado serviço de apoio fora [do serviço] [...], esse protocolo vai funcionar somente naquele dia que estiver os três e [o serviço] não estiver lotado etc. e tal. (P.22)

Como abarcado no Percurso Metodológico, consideramos a inserção de equipes semiestruturadas em decorrência de a equipe multiprofissional ficar condicionada à disponibilidade de profissionais pela instituição e seus membros serem substituídos com certa frequência. Nessa direção, foi apontado que os efeitos negativos da rotatividade dos trabalhadores poderiam ser minimizados com a existência de protocolos para atendimento, particularmente entre as “áreas de apoio”. Foi presente

na fala de entrevistado uma crítica pelo fato do trabalho se organizar em torno das características dos profissionais que atuam no setor, em um dado momento. Que não há processos, mas, sim, pessoas que atendem de formas distintas: “Não é um processo de trabalho [do serviço]. Então, as coisas podem acontecer talvez enquanto estejamos lá. Depois, não... não se garante” (P.15).

Entre a Enfermagem e Medicina, acerca de protocolos, foi comum ser recuperado o Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2004). Foi avaliado pelos profissionais que há questões da realidade que não “cabem” no fluxo protocolado e a avaliação feita pela Enfermagem pode ser objeto de questionamento do médico, que deve atender o paciente de acordo com a gravidade definida pelo enfermeiro a partir do protocolo.

Se eu classifico um paciente com amarelo, por exemplo, esse paciente tem uma dor que precisava substancialmente logo do atendimento. O protocolo dentro da política está ali dizendo que é para humanizar o serviço e não deixar o paciente lá fora esperando por ordem de chegada. O médico, muitas vezes, me questiona sobre a minha classificação baseada no protocolo. (P.20)

O protocolo, como referido, não consegue apreender as diferentes situações que levam os usuários a demandarem o serviço de Emergência. A sua aplicação depende de experiência do profissional em atuação e o coloca em cenários de intersecção com necessidades que requerem dele capacidades que vão além do gerenciamento da demanda em si.

Esse protocolo não atende toda a nossa demanda. Quando você está lá trabalhando com ele e tem que classificar todos os pacientes você usa muito mais daquilo que você conhece e sabe do que daquilo que o protocolo diz de fato ou o que você está vendo no dia a dia com os demais enfermeiros da unidade que você acompanhou. (P.20)

A questão da avaliação sociofamiliar dos usuários do transplante, por exemplo, é algo não previsto na legislação, mas que ocorre nos serviços sob o entendimento, de que há, sim, previsão legal para que aconteça. À previsão da inserção do assistente social na equipe se funde a expectativa de que sua tarefa seja a de realizar esse tipo de avaliação,

pois, afinal, todos os profissionais devem fazer algum tipo de avaliação e diagnóstico, que chegue a um parecer acerca da realização do procedimento de transplante.

A previsão de uma avaliação sociofamiliar pode estar vinculada ao reconhecimento que um dos fatores da ineficácia dos tratamentos realizados nos serviços pesquisados após a alta é a falta de rede de apoio social do paciente. Sobre a condição e avaliação sociofamiliar:

PESQUISADORA: Tem alguma orientação que chega desse documento para ti em relação à condição social desse paciente?

P.3: A gente tem a equipe multidisciplinar. A gente tem a assistente social no grupo também... e o que a gente sabe é que se o paciente não tem rede de apoio pode haver contraindicações por não ter uma condição social necessária para [o tratamento]... então todos esses pacientes são avaliados pela equipe multidisciplinar.

No NTH, Apesar de os profissionais compreenderem que a avaliação sociofamiliar estaria localizada em um protocolo previsto nas orientações legais, não há esta previsão no texto das portarias pesquisadas. Essa avaliação estaria diretamente associada às condições da família para prestação de cuidados ao usuário candidato ao transplante/transplantado. Foi possível verificar que os profissionais de todas as áreas que compõem o serviço demandam atendimento acerca das condições de organização e estrutura da família para o cuidado domiciliar e para as condições de acesso ao próprio serviço. A equipe procura desde o início do processo do transplante apresentar ao paciente e a família uma espécie de “contrato” de cuidados a ser cumprido, o qual é mantido sob vigilância de membros da equipe.

Assim, tomando que há um papel para a família e para o Serviço Social na organização e na avaliação do desempenho da família e dos serviços que precisa utilizar para o cuidado, ao assistente social é delegada a “autoridade” para contraindicar a realização do transplante. E essa é uma das questões em disputa na perspectiva da defesa de direito do usuário ao acesso, pois à medida que se delega a autoridade pode ser esperado que o assistente social defina que o usuário não fará o procedimento caso falte condições/estrutura de cuidado. Há uma preocupação entre os membros da equipe diante do fato que o transplante

em usuários sem condições de receber cuidados acarrete em falta de qualidade de vida e aumento das chances de óbito pós-operatório. No entanto, para o Serviço Social haverá uma perspectiva de acesso como direito:

Como coloquei nessa última reunião. Ele [o Serviço Social] tá ali pra garantir o acesso do paciente à saúde, seja no transplante, seja acesso a dieta especial, seja medicação. E aí, no transplante, sim, é voltado pra que seja garantido o acesso ao transplante, porque se ele [o usuário] chegou, se ele tem indicação ao transplante, é que a equipe de Medicina avaliou que é o tratamento mais eficaz pra ele né? (AS3)

8.2 Rotinas, sujeitos, públicos e espaços do trabalho em equipe

A organização do trabalho de cada profissional no referido serviço de atuação era o tema da pergunta inicial dirigida aos entrevistados. Com grande frequência o primeiro retorno era na forma de dúvida sobre onde se queria chegar, o que exatamente se queria tratar. Dentro das possibilidades de remeter ao entrevistado o que se almejava, um complemento ao questionamento com alguns termos foi introduzido. Entre os que mais fizeram sentido sobre a organização do trabalho, o termo “rotina” foi o que gerou maior conforto para o desenvolvimento do assunto.

Nessa direção, alguns elementos compuseram a construção desse cenário ou contexto chamado “organização do trabalho”. Foi comum nos três serviços pesquisados se remeter a dois grandes processos: processos de assistência direta ao usuário e processos de ensino. O primeiro com maior expressão. O segundo ligado ao fato do sujeito entrevistado ter atribuição de supervisão de estágio, preceptoria de residentes, ou mesmo por estar em formação.

A descrição da organização do trabalho ou da rotina feita pelos entrevistados segue um recorte da realidade a partir da sua matéria de atuação e suas competências. Essa descrição é composta por uma caracterização do público, pelo modo como o horário de trabalho é definido pela instituição, pela partilha do trabalho a partir das jornadas seguindo escalas previamente definidas.

A “rotina” é definida geralmente sob um ponto de vista particular, implicando o formalizado e o informal, geralmente sob o recorte de um dia de trabalho, ou considerando também o desenvolvimento das atribuições, das técnicas, do produto (as vezes “bruto”) do trabalho e melhor uso de suas competências no contexto de serviços muitas vezes marcados pelo elevado número de atendimentos ao público:

A gente chama as fichas amarelas de acordo com a ordem de chegada, que são as mais graves e as verdes ficam para o atendimento depois. Geralmente, a gente atende junto com os doutorandos. Discutimos o caso com o nosso chefe e medicamos os pacientes, internamos, pedimos exames. (P.16)

A abordagem [do paciente] é exame físico, é história, o diagnóstico, elaborar os exames necessários e a terapêutica e informar [...] do que se trata e porque que ele está internado e o tempo de permanência depende do quadro clínico. (P.30)

Eu organizo de forma [...] a facilitar a resolução dos problemas, então normalmente a gente pega plantão e eu vou distribuindo ou pegando para mim os casos dos pacientes que eu saiba que só eu vou conseguir resolver, ou que tenha alguma coisa específica para mim. [...] A gente faz uma divisão entre os *staffs* e geralmente com os residentes, depende de quantos residentes tem e depende de quantos pacientes tem. Mas assim, prioriza os casos que necessitam de atendimento urgente, os que estão graves e, na sequência, aqueles casos que a gente pode resolver, dar alta. (P.22)

Nesse contexto, na Unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC, observou-se que as rotinas dos enfermeiros e médicos são delimitadas pelo revezamento em escalas de trabalho, já que são as áreas que atuam ininterruptamente. A rotina, principalmente para Enfermagem da Emergência, é delimitada também conforme o setor da Emergência para onde o sujeito foi escalado. Atualmente a Emergência é tecnicamente dividida em três áreas de atenção. O “Acolhimento” é a porta de entrada. Nele um enfermeiro efetua a Classificação de Risco que gera,

posteriormente, uma consulta médica. O “Serviço de Emergência Interno - SEI” é onde se recebe o paciente procedente dos serviços de emergência pré-hospitalar. Também onde permanecem os pacientes em consulta, medicação, observação, pacientes instáveis/críticos e, comumente, paciente internados. Por último, o “Repouso”, que consiste num espaço de internação com 13 leitos para pacientes que aguardam transferência para enfermarias do hospital ou recebem ali seu tratamento para posterior alta. São leitos de retaguarda.

Por definição das áreas profissionais que atuam no serviço, particularmente entre médicos e enfermeiros, há uma forma de organização para cobertura de atendimento às três áreas. Os profissionais das demais áreas (Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Nutrição), por possuírem em geral apenas um profissional de referência (que pode contar com residentes), acabam criando formas de organizar o trabalho para atendimento à toda unidade.

Observou-se como os aspectos formais do trabalho precisam dialogar com outras normas elaboradas nesses espaços. Essas normas vigoram para definir “o que” fazer. Há escalas, horários, públicos definidos entre as áreas e entre as especialidades de cada área, como ocorre com a medicina (clínica médica, clínica cirúrgica, outras). As rotinas de trabalho vigentes buscam responder e estão submetidas às implicações institucionais.

Por outro lado, nos serviços há esquemas de circulação de informações, pessoas, “normas informais” (que se procura absorver na experiência cotidiana) que revelam a organização do trabalho nos serviços. Ao relatar o início das atividades no setor, trabalhadores falam da existência de um “arcabouço institucional particular”, próprio daquele espaço, que precisa ser compreendido e absorvido por quem chega. Esse “arcabouço” próprio de cada serviço se articula aos fluxos/protocolos institucionais.

Toda a instituição tem um processo de trabalho diferenciado. Claro que, dentro da categoria, tem coisas unânimes como técnica, conhecimento científico, habilidades técnicas, qualificação, mas você tem que entender que está chegando na instituição. Então, é necessário pegar esse [profissional] e dar pelo menos o *bê-á-bá*, os protocolos, como é a visão da instituição, inclusive a da unidade, os processos de trabalho diários mesmo. Eles não conhecem as equipes ou o

sistema. A gente sabe que tem o sistema, as equipes, que tem todo um arcabouço institucional, mas eles não sabem como funciona, nunca entraram aqui. (P.20)

Segundo AS1, a apropriação do arcabouço institucional-legal, que orientaria as práticas no serviço ocorre em detrimento da apropriação desse arcabouço institucional particular. Ou seja, a necessidade de inserção imediata do profissional para prestação da assistência ocorre secundarizando uma inserção preparada a partir dos parâmetros institucionais-legais:

A gente fica muito em função de nos inteirarmos das rotinas do dia a dia para prestar serviço e acho que a gente vai muito seguindo essa forma. Talvez, nessa necessidade de buscar os embasamentos, a gente peca um pouco, incluindo por essa necessidade de estar já respondendo as demandas imediatas. (AS1)

Nessa direção, AS2 entende que existe uma “cultura” desenvolvida no espaço do serviço que contempla aspectos não postos da formação acadêmica de graduação, ou mesmo que não estão contempladas em outras referências institucionais. Há um “discurso” ou um conjunto de referências analíticas próprio de cada serviço: “Eu acho que se cria[m] culturas, né? E ali eu acho que se criou uma cultura e que qualquer um que chegue é levado a também entrar nesse discurso. Eu falo isso porque teve algumas situações em que eu me vi entrando nesse discurso” (AS2).

Na direção desse “arcabouço institucional” próprio, identifica-se que as áreas profissionais elaboram para si “critérios e regras” próprias para prestar assistência a usuários e seus familiares e para organizar as atividades entre si. Existem critérios de atendimento definidos a partir da área de conhecimento e atuação do próprio profissional. Há também práticas de priorização que se sintonizam ao escopo do serviço. Em geral, em todos os serviços, há uma tendência dos profissionais das “áreas de apoio” a dar prioridade a solicitação de atendimento feita por outro profissional.

Com a quantidade de pessoas que a gente tem para trabalhar aqui e com a quantidade de pessoas que o serviço] atende, não dá para atender todo mundo. Então, a gente precisa selecionar alguns

atendimentos, né? E essa seleção é feita tanto com base em critérios nossos, estabelecidos pelo próprio serviço, mas a gente também considera os pedidos e solicitações dos outros profissionais que trabalham na equipe de saúde. (P.1)

A gente tem tentado, por sistemas de triagem [...]. (P.15)

Tem dia que a gente só da conta da prioridade, né? E tem dia que a gente dá conta realmente de todo mundo. Então, a minha rotina na [unidade] é atender o atendimento individual mesmo, independente de surgir demanda, né? A gente atende independente disso e orientar as residentes. (P.9).

Em se pensando que há um “arcabouço” próprio de cada espaço, pode-se avaliar que demandar o atendimento de outro profissional ou ser demandado é fruto da possibilidade de poder conhecer esse conjunto de normas pré-estabelecidas, de sua apropriação e uso. Envolve também ter fluência em conhecer “questões” que o usuário possa apresentar, o que se aprimora na experiência do trabalho.

A gente percebe que tudo tem um tempo para adaptação. Então, as equipes também precisam te conhecer e saber como é o teu trabalho, como você trabalha. É um hospital-escola, então, eles sempre estão vendo quem tem mais experiência, quem tem menos, então, é necessária essa adaptação para as pessoas começarem a contar contigo. (P.20)

Aí a gente faz toda a parte de Enfermagem. Conversa com paciente, vê as suas necessidades, vê a questão dor, a questão, questão social a gente vê também, né? Questão psicológica... Aqui, a gente tem todo... Acho ótimo isso. A gente consegue conversar com todos os profissionais e tentar cada um ajustar sua parte, né? (P.24)

Saber fazer esse reconhecimento das necessidades ou “questões” apresentadas pelos usuários – no que se refere à Enfermagem – parece estar atrelado à tendência de se posicionar na gestão da Unidade de

atendimento. Demandar os profissionais é parte de uma função quando a atribuição profissional tende a “cuidar” do conjunto das atividades desenvolvidas naquele espaço. Portanto, inclui demandar outros profissionais.

Na Emergência Adulto uma característica é o trabalho organizado também pela disponibilidade ao imprevisto. A programação para a espontaneidade e o imprevisto prevalece particularmente quando a equipe está em número reduzido. A condição de trabalho faz com que o planejamento do dia trabalho seja passível de redefinição no seu decorrer: “E você não espera, não consegue fazer uma programação do quê que pode entrar, né?” (P.15).

Outros serviços podem organizar a disponibilidade para a “espontaneidade” na demanda de atendimentos por usuários e familiares, como ocorre no Núcleo de Transplante Hepático (NTH). A disponibilidade do atendimento por demanda espontânea condiz com o fato de se reconhecer que há situações que não se pode dispensar o atendimento imediato. No caso de um procedimento complexo, como um transplante, há grandes riscos à saúde do usuário caso o mesmo não consiga “gerir” esse tratamento, complexo pelas exigências de cuidado.

Foi comum quando percorrermos a organização do trabalho nos serviços a definição do público atendido incluir, além do paciente/usuário, a família. Em relação à abordagem, no caso da Unidade de Emergência, assim como na Unidade de Internação Pediátrica e no Transplante Hepático, é central que o processo de atenção seja dirigido ao paciente/usuário a ou famílias sob a forma de consulta, reunião ou visita domiciliar.

E, como historicamente polêmico em um serviço de Emergência, há uma noção comum de que é um perfil de pacientes que buscam resolver problemas de saúde que poderiam ser atendidos em outras unidades de saúde. Foi presente o entendimento de que a população demanda indevidamente ou inadequadamente o atendimento médico de urgência. Acresce-se reconhecer que existem questões para além das passíveis de atendimento médico, como as psicológicas e sociais.

O perfil dos pacientes, a grande maioria são pacientes que realmente não conseguem assistência em locais de atendimento primário, postos de saúde ou UPAS. E, claro, junto com as doenças, a maioria deles tem algum outro problema associado ou à área psicológica, ou problemas de moradia, emprego. (P.14)

Eles sabem que fica mais perto de casa, mais rápido de fazer os exames do que no posto. (P.27)

Dentre o perfil da população atendida, há certos sujeitos que se reconhece que recebem tratamento distinto em termos de demandas em função da pertença a alguns grupos sociais vulneráveis (pessoas em situação de rua, pessoas em sofrimento mental grave, por exemplo) ou que são tratados também com distinção pelas causas que geraram a necessidade do atendimento (intoxicação por uso abusivo de álcool ou outras drogas, por exemplo): “E tem muito preconceito na unidade por causa desses pacientes. Mas ninguém deixa de fazer o que precisa fazer” (P.20).

Em contextos de superlotação de serviços, por exemplo, a demanda por atendimento do Serviço Social a sujeitos pertencentes a esses grupos pode ser preterida. Nesse contexto, é percebido que muitas vezes evita-se demandar o assistente social para atendimento, pois entende-se que aumentará o tempo de permanência do usuário o que, conseqüentemente, vai acarretar o uso inadequado de recursos dos serviços. No caso de uma pessoa em situação de rua: “Sim, às vezes, libera antes porque se chamar, às vezes, pode demorar um pouco mais” [para alta ou liberação] (AS1). Tal situação tende a gerar tensões e disputas por parte dos assistentes sociais: “[...] sabem que o Serviço Social vai brigar pra que ele realmente tenha o atendimento que ele precisa” (AS2).

Na Unidade de Internação Pediátrica, pela condição da criança ou o adolescente ser o usuário, a família é automaticamente incorporada como público em atendimento. A família precisa ser inserida no contexto do atendimento e observada ao longo da internação.

O meu trabalho é direcionado ao cuidado das crianças e a gente, na verdade, atende toda a família porque temos os acompanhantes. Então, eles trazem as demandas deles pra gente ou o que a gente identifica. (P.19)

No NTH, a família é prevista na rotina de atendimento pelo entendimento que o processo de tratamento (longo e complexo), exige a necessidade de apoio ao usuário.

No início, os pacientes têm visitas semanais. Depois, a cada quinze dias, uma vez por mês e

assim vai conforme a evolução. E eles têm que tomar muitos medicamentos, fazer exame de controle [...]. Como a gente já conhece bastante, para incluir em lista, são vários atendimentos. Então, a gente tem um contato muito importante tanto com o paciente quanto com a família no atendimento. Então, a gente já tem um aprimoramento maior. (P.3)

Existem, no conjunto das atividades da “rotina”, momentos que, entre outros objetivos, se destinam a identificar “demandas” dos usuários e familiares, que são “demandas” de outros profissionais, como ocorre na Visita Diária aos Pacientes feita pela Enfermagem. A Visita acontece em todas as unidades do HU/UFSC em que há internação de usuários (na Unidade de Emergência Adulto, inclui a área de Repouso, os leitos de retaguarda).

O enfermeiro, é a gente que fica vinte e quatro horas no setor. Então, se queima uma lâmpada, é o enfermeiro que faz a solicitação porque, muitas vezes, não tem o profissional escriturário administrativo para estar fazendo essa demanda. Então, precisa de uma medicação tem que ir no sistema e fazer a solicitação. Então, tu tens que ver a unidade como um todo, tanto a parte física, todas as unidades que têm. Até um banheiro de acompanhante que entope a gente tem que ligar para a unidade para vir desentupir. Então, a gente tem um cuidado além das práticas exclusivas da Enfermagem. Ainda tem essas outras demandas burocráticas que aparecem. (P.19)

A gente tem a passagem do plantão às sete horas da manhã, onde a enfermeira da noite passa as intercorrências do turno da noite, dos pacientes, das crianças. E, durante a manhã, a gente logo faz a visita, identifica novas demandas e, depois, durante a manhã, na assistência, supervisão dos funcionários, organização do turno. (P.18)

A Medicina, ou os médicos, se colocam geralmente como quem demanda a atuação de outros profissionais. Colocam-se a demandar outras especialidades, isso inclui o Serviço Social. Os médicos assumem

para si essa tarefa a partir da relação com o paciente, o caso, e particularidades da situação: “A gente faz o primeiro atendimento, ou a gente acaba fazendo uma triagem e pedindo pareceres para as diversas é especialidades. É movimento assim, é contínuo” (P.14).

Quando o profissional de outras áreas de formação inserido no serviço é o único representante de sua área – como ocorre, em geral, com o Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, as chamadas “áreas de apoio” –, precisa estabelecer estratégias de prioridades de atendimento. Para isso, pode-se colocar a participar, em alguns momentos previstos na organização, do trabalho de outros agentes, como a Passagem de Plantão da Enfermagem. Isso favorece a identificação de potenciais usuários para atendimento. A participação nesse momento de Passagem de Plantão é vista como proveitosa em função do levantamento de fatores ou elementos relativos às necessidades ou “questões” dos usuários e suas famílias.

Eu pego a passagem de plantão às sete da manhã. [...] Aí a gente identifica as demandas para atendimento, geralmente, pegamos os dados das crianças e, quando a equipe de Enfermagem identifica alguma demanda [...], eles já falam ali, se não a gente mesmo identifica. (P.5)

De modo semelhante ao exemplo de P.5, os assistentes sociais costumam a cada dia planejar suas ações voltadas à assistência direta aos usuários. Há uma rotina de identificação de usuários para atendimento. Isso pode ocorrer, de início, com a participação do assistente social na Passagem de Plantão da Enfermagem. Nesse momento o enfermeiro pode sugerir que o profissional efetue algum atendimento ou o assistente social mesmo identifica ocorrências que sugerem prioridades. A identificação e as informações sobre as condições de quem está internado ou em atendimento são cruciais para o planejamento das atividades. “A gente pega a Passagem de Plantão junto com a equipe e, a partir dali, já tenta identificar as demandas que seriam pertinentes ao Serviço Social” (AS1).

O momento da Passagem de Plantão é informado também como espaço para que o enfermeiro acione o assistente social ou que este mesmo já identifique situações para atendimento (P.17; AS4). É um momento que os assistentes sociais conseguem elementos para complementar o estabelecimento de prioridades de atendimento. Esse também é um momento interessante para observar a circulação e reprodução de informações sobre os sujeitos atendidos. É comum que, na

“Passagem de Plantão”, se explicitem as percepções dos profissionais sobre os usuários e as situações que vivenciam: “É interessante tu ver de que forma a equipe percebe a situação, como é que ela olha pra essa situação” (AS2).

Pode-se também verificar que a observação é instrumento bastante utilizado pelos profissionais para programar suas atividades: “Como eu tô na unidade, não é só na Passagem de Plantão que a gente identifica as demandas. Às vezes, eu observo [...]” (P.5).

A partir da participação nesses espaços, onde se acessa informações dos usuários, é comum que o próprio assistente social defina suas atividades assistenciais. No primeiro semestre de 2017 atuavam 11 assistentes sociais no HU/UFSC. Esse quantitativo era suficiente para que as unidades e serviços primordiais do HU/UFSC contassem com um profissional de referência. Nesse caso, a Unidade de Internação Pediátrica conta com uma assistente social que atua também de referência para Emergência Pediátrica e Ambulatório de Pediatria. Para Unidade de Internação Pediátrica a profissional organiza-se de forma que sua atuação ocorre com uma “rotina” independente da solicitação de outros profissionais. O mesmo ocorre para Unidade de Emergência Adulto e para o NTH.

Na Unidade de Emergência e na Unidade de Internação Pediátrica, o número de atendimentos que ocorrem definidos pelo próprio assistente social costuma ser maior que o número de atendimentos feitos por demanda de outros profissionais). As reinternações favorecem que o próprio usuário procure o atendimento (AS1; AS2; AS3; AS4).

As entrevistas demonstraram que os assistentes sociais tendem a não negar atendimento quando requeridos – o que é reconhecido por todos os entrevistados. A fala dos assistentes sociais aponta como algumas referências que constam nesses requerimentos não necessariamente farão parte da estruturação de suas ações. Entende-se que para além de recomendações e leituras limitadas acerca da realidade socioeconômica e sociofamiliar dos sujeitos/usuários, há uma expectativa, ou a percepção, mesmo que “enviesada”, de uma necessidade nesse acionamento que concilia o ato da demanda às possibilidades de atuação do assistente social, a qual justifica a abordagem/o atendimento, porém, pela qual o assistente social não submeterá profissionalmente.

Mas, nos casos onde eles sugerem coisas relacionadas ao paciente e família, condiz sim com a necessidade, mas claro que eles chamam em um

sentido de responsabilização que não tem como ser, isso que não tem como atender. (AS1)

Eu acho que a expectativa daquela questão precisa ser atendida sim, mas nem sempre pelo mesmo caminho, né? Que, às vezes, a gente propõe tentar de uma outra forma, né? Ou ver com a família uma outra possibilidade. (AS4)

O assistente social não deixa de atender quando solicitado o seu atendimento, contudo, sua atuação se encaminhará para além da demanda que se elabora, muitas vezes, a partir de definições limitadas, próprias de uma aproximação inicial com uma situação cuja determinação sempre será ampla e multiconectada. Ao responder sobre as situações que não dispensam a atuação do assistente social, a situação abaixo relatada exemplifica a afirmação:

São situações que tem uma suspeita de negligencia por parte da família. Isso sempre passa pelo atendimento do Serviço Social. [...] às vezes há uma confusão por parte de alguns profissionais do que [...] é uma situação de negligência, o que [...] é uma situação de vulnerabilidade da família, que ela tá fazendo o possível pra promover aquele cuidado, mas que existe[m] ali outras dificuldades. Que ela[s] não tão deixando a família exercer aquele cuidado da forma que deveria ser, né? Que é... uma situação de violência contra a mulher, né?, que acaba influenciando no cuidado [...]. A gente teve agora recente uma situação de [paciente] que tava faltando a várias consultas, [...] com um diagnóstico neurológico que não estava definido ainda e ela faltou várias vezes. [...] E daí, quando internou aqui, meio que a equipe achou que [o familiar] tava sendo negligente e a gente foi ver e tinha uma situação bem complicada de violência [...]. E aí a gente conseguiu trabalhar um pouco com isso com [ele] durante a internação em conjunto, com a Psicologia e com os outros profissionais, com a Enfermagem também, que a Enfermagem viu umas lesões que [o familiar] veio, né? E, depois disso, conseguiu melhorar um pouco esse cuidado [...].

É preciso destacar algumas diferenças na organização da atenção em uma unidade de Emergência ou na internação hospitalar com relação ao trabalho ambulatorial. A rotina no serviço ambulatorial estudado, o NTH, tem se vinculado sobremaneira ao objetivo final do serviço: o transplante e seu sucesso no pós-operatório. O tempo dedicado ao atendimento, a definição do número de consultas, o encaminhamento a outros serviços, ou a definição da realização da visita domiciliar vai variar conforme a avaliação os profissionais.

Como ressaltado, a visita domiciliar é instrumento utilizado nos serviços. Há uma particularidade em relação à visita e a inserção do assistente social na equipe. A visita é tomada como um instrumento do assistente social, como se a esse profissional fosse reservada uma espécie de autorização para abordar os usuários e suas famílias nos seus domicílios. Essa relação é algo que vem sendo re-elaborada entre os membros da equipe.

[...] é uma visita que é interessante pro Serviço Social, mas ela traz demandas que são significativas tanto pra Nutrição, são muito significativas pra Nutrição, pra Farmácia, pra Enfermagem e o Serviço Social. Algumas coisas que a gente consegue observar nas visitas, a gente consegue perceber também nos atendimentos. (AS3)

A visita foi se reorganizando como um momento importante de atuação em equipe e um momento importante para a formação profissional. Houve um esforço dos assistentes sociais para ressignificar esse tipo de abordagem, o que hoje já repercute em mudanças: “a gente tem um grupo no WhatsApp® e aí gente coloca: ‘a vamos fazer uma visita de tal paciente’ e todo mundo se manifesta hoje pra ir na visita, principalmente os preceptores pra encaminhar os residentes. Isso tem aparecido com bastante frequência” (AS3).

As orientações aos pacientes e famílias realizadas nesse momento reorganizam o processo das demandas. Se antes o assistente social fazia a visita e trazia as demandas dos usuários aos demais profissionais, geralmente direcionadas a cuidados frente à proteção contra infecções em pós-transplante, a visita domiciliar multiprofissional permite um processo de assistência qualificado “porque são orientações que, quando tu tá naquele ambiente da pessoa, tu consegues [...] definir melhor as

orientações, o que é possível orientar, o que é possível a família atender” (AS3). Ademais, permite um interessante “confronto” entre os profissionais e as condições de vida dos usuários e adequar as orientações às possibilidades definidas nesse contexto.

E o profissional realmente conhecer a realidade do paciente, né? E aí tu conseguir entender porque que é tão difícil comprar uma medicação que custa cinquenta reais, né? [...]. E aí, quando tu chega lá na realidade do paciente, vendo a casa dele, né?, onde ele mora, onde estão todas as coisas dele, e a família tá ali, tu consegue entender e sentir a realidade do paciente. Tem gente, por os atendimentos serem muito rápidos, por ter uma demanda muito grande, não consegue ter esse olhar dentro do hospital, no ambulatório, no atendimento e ainda na realidade do paciente. E daí tu vai adaptar o que é possível porque daí tu faz mil exigências que o paciente não consegue. E aí, muitas vezes, só tu indo na realidade do paciente é que tu vai pensar como fazer. Como a gente teve um caso que a família toda era analfabeta. Como organizar a questão de medicação, horário de medicação, a dieta, como tem que ser preparada a própria questão do cuidado no geral? Fez a gente sentar, pensar junto, decidir, definir quais ações e como que aquela família ia conseguir dar conta. (AS3)

Nos três serviços investigados, a possibilidade de ter ou não o tempo dedicado a um único serviço se expressa em limites, geralmente definido por uma rotina instável, déficit na qualidade da atenção prestada e ter que planejar as atividades que realizará apenas a partir da demanda por outros profissionais.

Então, isso varia bastante a minha rotina porque depende [d]as clínicas [em] que eu estou, né? Às vezes, por exemplo, dependendo do que acontece lá em cima com as outras [profissionais], eu, além das duas clínicas, ainda dou uma passada em outra clínica. Então, a rotina é bem variável, né? Agora, eu estou com duas residentes, também agora aqui n [o serviço], eu estou mais n[o outro serviço]. (P.7)

Como eu não sou só do [serviço], a minha rotina não é muito fixa. Conforme a gente tem as demandas [...] a gente avalia também. [...] Então, não tem uma rotina fixa. (P.12)

Bom, infelizmente, a gente não consegue focar só no [serviço], né? Então, a minha rotina, na verdade, com o [serviço], depende muito da demanda [...] de pacientes para [...] serem avaliados [...]. (P.2)

Uma particularidade do trabalho em alguns serviços é a organização do trabalho pela disponibilidade dos profissionais serem solicitados a qualquer momento por seus pares. Há profissionais que trabalham em esquema de sobreaviso (remunerado) para orientação dos pacientes e familiares. Fora isso, todos os profissionais da equipe acabam estabelecendo-se disponíveis para comunicação através do uso de aplicativo de mensagens instantâneas e chamadas de voz, o WhatsApp®.

Em um dos serviços estudados, atualmente os profissionais permanecem em comunicação ininterrupta. Fora médico e enfermeiro de sobreaviso, não está prevista remuneração para essa disponibilidade para outros profissionais.

A gente tem quatro pessoas agora disponíveis para esse sobreaviso do ambulatório. [...] A intenção do sobreaviso é fazer qualquer tipo de acionamento. (P.8)

Com essa história de WhatsApp®, a gente acaba estando disponível muito tempo, né? [...] Às vezes, quando acontece um [serviço] durante a noite, num final de semana, a gente sempre tá em busca de informação. A grande maioria se manifesta pra saber e, quando as coisas não tão bem, a gente vai até o hospital, né? De uma iminência de óbito, de algo que deu errado, a gente sempre tem alguém disponível pra ir até ao hospital ou mais de um. A Medicina é mais frequente isso, mas a gente sempre tá disponível. Assim acontece bastante comigo, com a Enfermagem e com a Psicologia. (AS3)

Nas “rotinas” de trabalho, é importante ressaltar que há serviços que convergem no processo de assistência ao usuário, como, por exemplo, o Ambulatório de Hepatologia e o Ambulatório de Transplante Hepático, ou ainda as Unidades de Emergência e Internação Pediátrica. Em geral o paciente atendido no Ambulatório de Transplante Hepático foi paciente acompanhado no Ambulatório de Hepatologia, assim como a criança ou adolescente da Internação Pediátrica foi inicialmente atendido na respectiva Unidade de Emergência. Assim, o fluxo de atendimento estruturado entre os serviços deixa os profissionais atentos às possibilidades de antecipar condutas, avaliações, projetos terapêuticos. Mais ainda quando o profissional atende em ambos os serviços que convergem.

PESQUISADORA: O que vocês geralmente já sabem?

P.4: Já sabe o diagnóstico, já sabe, mais ou menos, alguma coisa do suporte que ele tem de apoio da família ou não. Daí a gente vai e começa a buscar. Daí, na consulta, a gente começa uma conversa na verdade.

A circulação de informações que ocorrem entre os profissionais de serviços que convergem aparece de maneira fundamental para a geração de demandas. Para o assistente social atuar nessa convergência, mesmo em serviços que não esteja diretamente vinculado, como no caso do ambulatório de gastroenterologia, pode ser uma forma de qualificar a atenção e favorecer o processo de assistência no sentido de dar condições de acesso do usuário ao serviço

No NTH é prevista uma reunião de equipe, com frequência mensal. A reunião é apontada como um momento de diálogo restrito. Nela tem se priorizado discutir resultados de exames como parte da definição da inclusão dos pacientes em lista de para recepção de órgão. Conforme obtido nas entrevistas, as reuniões de equipe têm sido conduzidas como um momento de “passagem de plantão” médica. Contudo, incluirá o momento de passagem dos “casos sociais” ou “questões sociais”. Sobre esses o assistente social será interrogado: “Acaba sendo um interrogatório: o que já foi feito nessa situação, se esse paciente não tem família, como que vai se organizar. [...] Então, nesse momento, é questionado: ‘o que já foi feito?’, ‘como pode ser feito?’ e é os casos que

a equipe médica entende ser inviável, e que aí a gente se coloca que, não, que o paciente tem direito, independente de quem ele é” (AS3).

Para além do espaço da reunião, compreende-se que a maior parte das discussões dos membros da equipe ocorre em outros espaços e circunstâncias (P.6). “A gente tem um contato muito bom com o Serviço Social então acabamos discutindo caso a caso quando precisa” (P.3). Dessa forma, o diálogo tem a função de re-distribuir demandas no processo de acompanhamento do usuário. Nisso, o próprio assistente social será o demandante (P.2).

8.3 O *feedback* e outros diálogos: conhecer para demandar

É no cotidiano dos atendimentos que se entende ser a melhor oportunidade para que as profissões conheçam seus objetos, competências e atribuições. Momentos de discussão dos atendimentos feitos (*feedback*) ou dos que ainda serão feitos são importantes para poder conhecer sobre a outra profissão, para constituir-se como profissional com a apreensão dessas trocas. Conhecer sobre a outra área é necessário para demandar.

Se a gente não sabe o que o profissional faz, não tem como acionar. Vai ficar sem resolver aquilo. Então, é necessário conhecer o papel do Serviço Social, sim [...]. Quanto mais você começa a entender o papel do outro, muito mais ele se torna importante para você. Quanto mais tu entende o que ele faz, mais você entende a importância dele (P.20).

Em unidade com grande número de usuários potenciais para atendimento, impõe-se a necessidade de filtros ou esquemas de seleção. Nesse contexto, é válido buscar “otimizar” a organização do trabalho a partir da discussão com profissionais de outras áreas, compartilhando uma perspectiva da “rotina” a ser realizada naquele dia. Além de otimizar a “rotina diária”, a demanda se torna um momento de reflexão e troca de saberes.

Nesse ponto, eu vou destacar a Psicologia que é quem discute de fato. A gente reflete muito junto. Os outros, eles trazem a demanda e sugerem o

atendimento. É assim que é trazido. Ou quando pedem algum material, geralmente é o enfermeiro que faz isso. Então, é bem pontual. E outros casos de alta mesmo, onde pedem para eu ver a situação, eles descrevem bem brevemente. (AS1)

Momentos de diálogo e interlocução servem para que, ao longo do tempo, os profissionais de uma equipe exercitem processos de redefinição sobre seus objetos, objetivos, competências e atribuições, tendo em vista que ainda é bastante presente a demanda como um ato de prescrição:

Isso, no começo, era muito comum acontecer deles, deles colocarem já a providência que eu deveria tomar, né? Colocando a questão assim: “Tem que encaminhar pro [órgão público]” [...]. Mas, assim, com o passar do tempo, eu vejo que isso foi se tornando um pouco menos comum. Ainda acontece, mas bem menos. (AS4)

Os assistentes sociais reconhecem que os médicos são os profissionais que menos identificam as possibilidades de sua atuação, o que limita a demanda, ao contrário da Enfermagem e Psicologia, por exemplo. Também os médicos são os que costumam pouco subsidiar as demandas quando acionam diretamente o profissional. Nesse caso, os assistentes sociais ainda buscam fazer do momento da demanda um momento de interlocução que também qualifique sua abordagem a situação para qual foi demandado.

A Medicina, ela é bem objetiva. Quando ele te passa, tu ficas provocando ele pra entender melhor o caso: o que [...] está sendo feito, qual é o tratamento que está, qual é o nome do tratamento. Se não, ele só te passa: “Ó, tem essa questão, eu acho melhor vocês ir”. “Mas e aí? Como tá sendo o cuidado com paciente, como tu vê?”. Aí, tu que vai ter que ficar provocando ele, se não ele é bem objetivo. (AS2)

Por sua vez, os médicos entrevistados apontam estabelecer na sua “rotina” momentos de discussão. Porém, o fazem de acordo com suas condições de trabalho, também pela possibilidade de adaptar à situação do usuário a melhor conduta terapêutica, ou para melhor programar suas

atividades. Foi mencionado que a discussão das situações em atendimento dá possibilidade de conhecer aspectos que tenham relevância no diagnóstico. Contudo, não é um momento regularmente realizado e prioritário, “Você tem muitas coisas para resolver que são bem mais graves. Se você não tem tanta coisa, então, dá para sentar e discutir, mas, na maioria das vezes, existem momentos que tu não consegues. Então, nesse sentido, a conversa pode ser bem pontual” (P.23).

Os estudantes de Medicina valorizam o momento de sua formação que privilegia esse contato direto com o Serviço Social por meio de reuniões de equipe ou interconsulta, o que referem ocorrer majoritariamente na Atenção Básica em saúde. Conforme relato, na unidade básica de saúde o médico preceptor agendava a interconsulta (médico, assistente social, usuário), organizando um momento que possibilitava conhecer atuando, promovendo discussão, observando. No hospital, para o acadêmico, a apreensão do que faz o assistente social ocorre muito pela leitura, no prontuário, do registro de atendimento, raramente por momentos de discussão (P.33).

Do depoimento de alguns profissionais, pode-se verificar que depois da demanda não necessariamente se realiza uma discussão, ou não se busca esse momento de “retorno”. “O que eu percebo às vezes é que a gente trabalha aqui muito [...] cada um no seu quadradinho, né?, a gente não junta as partes e isso faz interdisciplinaridade. A gente trabalha muito cada um no seu quadrado. Então é importante sim, essa conversa, essa troca de saberes” (P.13; P.14).

Os assistentes sociais observam a questão da circulação informações e que acabam interferindo ou gerando a demanda de atuação profissional. Ocorre observarem que, muitas vezes, são questões baseadas em no comportamento do usuário durante a internação ou “suspeitas” com fundamentos pouco claros: ““Tu tava atendendo o fulano, né?”; ‘Então, é verdade mesmo que ele tem ‘passagem’?’. Assim, que ele fez isso, aquilo, que ele usa droga e faz isso. E, às vezes, tu nem sabe disso. O paciente não te revelou e no prontuário dele não tem nada” (AS2).

Na falta do diálogo entre os profissionais, o registro em prontuário é uma das alternativas para se conhecer a resposta do assistente social à demanda (P.13; P.10). O registro torna-se secundário quando se conhece ou se recebe a resposta dos assistentes sociais a partir do *feedback* verbal (P.17; P.30).

Os registros em fichas e prontuários são fontes recorrentes de informações dos usuários que podem circular a fazer saber o motivo do acionamento do assistente social, se foi prescrito ou não acionar (como

faz a Enfermagem) e também de saber a avaliação que fez o assistente social no atendimento.

Na Unidade de Internação Pediátrica ocorre uma reunião semanal para discussão dos atendimentos aos pacientes internados. É a Reunião de Intercâmbio, momento descrito por P.17 voltado à discussão dos casos:

Aqui na Pediatria, a gente tem, acho que há uns vinte anos, uma reunião semanal que a gente chama de Intercâmbio, que é onde reúne todos os profissionais da saúde – Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Fono, Nutrição, Fisio e Medicina –, quando eles podem. E toda semana a gente discute todos os casos da Pediatria. Toda quarta-feira, das onze ao meio-dia. E, além disso, uma vez por mês, a gente tem uma reunião com a equipe multidisciplinar e com os alunos novos que estão chegando na unidade. E a gente passa qual é a função e o papel de cada profissional. (P.17)

O depoimento de alguns profissionais aponta que o assistente social ao compartilhar resultado do seu trabalho efetua algo esperado no serviço pois isso é realizado por todos os profissionais (P.7; P.29; P.11). “Aqui [no serviço], a gente tem essa prática. Qualquer profissional que faz um atendimento com [o paciente] dá um *feedback*. E esse *feedback* pode ser no dia a dia” (P.17).

Foram identificadas várias formas pelas quais uma equipe organiza-se para discutir as situações em atendimento, que se dividem entre formais e informais, como relatou P.15: assim ocorrem as “conversas no corredor”, por telefone, por WhatsApp®, interconsultas, salas de espera, visita domiciliar. O informal aparece ligado ao fato de os profissionais não terem dedicação exclusiva ao serviço. “O informal torna-se formal”. Por isso, a organização do trabalho ocorrer conforme a rotina seja uma postura que se flexibilize entre os membros da equipe. É dessa forma que “no [serviço], a gente caminha junto. Então, a gente sempre sabe quais são as ações, o que [...] um tá fazendo, o que [...] o outro tá fazendo” (P.15).

A gente troca: “Eu quero falar sobre o paciente tal”; “Paciente x, onde tu tá?”; “É possível tu ficar um pouco mais tarde pra gente discutir sobre esse paciente?”. Porque alguns colegas só trabalham à tarde; ou os colegas que trabalham de manhã. A

gente tenta se reunir, não em equipe. Às vezes, é eu e outro colega; ou mais um colega, mas a gente troca bastante pessoalmente assim. A gente marca mesmo pra encontrar e discutir sobre aquele paciente. (AS3)

A questão da baixa rotatividade dos membros da equipe aparece como um qualificador do trabalho em equipe: “hoje a gente já sabe o jeito que o colega trabalha, até onde que ele vai, até aonde que eu posso ir e a gente consegue ir resolvendo as coisas em conjunto e tem essa liberdade de você ligar, de você mandar uma mensagem, de você discutir uma situação ou até desabafar” (P.8).

Estar numa equipe cuja composição se mantém estável é avaliado como aspecto positivo também pelos assistentes sociais. Isso facilitou o processamento da compreensão das especificidades, das atribuições, da organização do atendimento ao usuário, e, conseqüentemente, no processo de demanda de atuação do assistente social: “Mudou bastante. Eu vejo a diferença do que alguns colegas traziam no começo, o que eles trazem hoje e o que a gente reflete junto também” (AS3).

8.4 A demanda como variação da organização e das condições de trabalho

A sistematização da organização cotidiana do trabalho dos assistentes sociais parece também interferir na demanda de atuação por outros profissionais da equipe. Apontamos algumas das relações feitas pelos profissionais nesse contexto das possibilidades de interação e interlocução nos espaços dos serviços. Verificamos que a demanda tende a variar de acordo com o tempo que o assistente social tem de dedicação ao serviço e como organiza suas ações junto ao serviço. Por outro lado, ocorre que as condições de trabalho dos profissionais das equipes também interferem na demanda (ou não demanda) ao assistente social e outros profissionais.

O assistente social estar presente na enfermaria ou no ambulatório é afirmado como um fator de grande relevância na possibilidade de demandar e na troca que ocorre nesse momento. “Elas estarem à disposição e a sala ser aqui quase do lado, isso facilita um monte o nosso processo, sabe?” (P.7). Há também uma relação entre uma maior frequência de demandas e o assistente social estar presente no mesmo turno de trabalho (P.30; P.14; P.15). A experiência de trabalho de

entrevistado em outra enfermaria que o assistente social não tem um tempo maior de dedicação confirma essa relação (P.5).

A presença na unidade de atendimento se vincula à possibilidade de participar de atividades abertas a todos os profissionais, como a “Passagem de Plantão” da Enfermagem. “Eu vejo que aqui facilita muito porque ela está todos os dias e eu ter este contato direto desde a hora da passagem de plantão até a hora que ela vai embora” (P.5).

A presença como fator de ampliação da possibilidade da demanda de atuação é confirmada pelos próprios assistentes sociais:

O mais comum é através da Passagem de Plantão da Enfermagem e da rotina da presença ali na unidade. Quando eu tô ali na unidade, eles sempre têm alguma coisa. Assim, eles me veem: “Aí, eu preciso falar contigo sobre tal caso”; “Ah, preciso ver aquilo ali. Já deu certo?”. Bem ali, na rotina da dinâmica da unidade ali, a presença, a minha presença, né? Minha, do residente, do estagiário, a presença do Serviço Social na unidade, assim. [...] Quando tem manhãs que eu tenho relatório pra fazer, tem supervisão das meninas pra fazer e eu vou menos na unidade, aparece menos demanda; e tem manhãs que eu vou direto na unidade e fico bastante tempo. Chove demanda. (AS4)

Para P.23, a presença do profissional representa a possibilidade de incluí-lo no manejo do diagnóstico, o que demonstra a relação de dependência do trabalho médico de outras áreas que possam se colocar em extensão à sua abordagem: “Com certeza, se você sabe que a pessoa não está disponível, que está em algum lugar que você nunca viu, ela não entra no teu raciocínio ou no manejo do diagnóstico. Ela não vai entrar” (P.23).

A unidade/o serviço parece se constituir um campo para diferentes arbitragens ligadas às áreas de conhecimento que ali atuam. Na ausência do assistente social, as “questões sociais” serão lidas e filtradas de outro modo pelos profissionais que ali estão. Em serviços com grande volume de atendimentos, quem está presente se sente sobrecarregado com essa tarefa. Assim, a presença do assistente social recompõe esse campo de arbitragens, o que facilita a fluência das rotinas: “Atrapalha bastante se a gente tiver que ficar chamando, né?” (P.20). Se o assistente social estiver

presente, é possível, em uma breve conversa, transferir certas preocupações ou repassar os dados com mais agilidade.

De manhã, a gente tem uma presença maior do assistente social aqui e é mais fácil a gente chegar no assistente social e falar: “Olha, dá uma olhadinha, não sei o quê”. À tarde, já não é tão presente assim. A gente já precisa passar a mão no telefone e ligar. Então, isso já dificulta um pouquinho porque não é uma coisa que a gente, não é uma prioridade nossa, eu acho, né? Acho que é somente nas coisas mais gritantes. (P.13)

A permanência do profissional no espaço da unidade de internação ou ambulatório é valorizada por facilitar a comunicação e, assim, evitar o gasto de tempo do profissional que demanda, evitar que se gere uma situação de pendência ou que o atendimento deixe de acontecer. A valorização desse comportamento também é uma forma entender que há uma relação de correspondência entre o que ocorre na unidade, o que cada um assume para si (sem que seja necessário acionar) e o resultado do trabalho. Como já observamos, o pleito pode ser justamente o do profissional se reportar espontaneamente às situações, aos usuários, aos colegas (P.10; P.13; P.15; P.1; P.9).

Os assistentes sociais avaliam que a necessidade da presença permanente é também uma questão referente à necessidade de respostas imediatas que pressionam protelar espaços de discussão que permitam efetivar uma concepção de trabalho em equipe. Quanto à “não permanência” na unidade, os assistentes sociais também observam que, quando não estão presentes, as mesmas situações acabam não desencadeando a demanda que gerariam com sua presença. A justificativa para não demandar quando da ausência do assistente social no setor coincide com o expresso pelos profissionais: “Eu acho que é pela rotina de correria assim, de muita demanda. Não vê a pessoa, não consegue parar e pegar o telefone e ligar ou ir lá na minha sala” (AS1; AS2; AS3; AS4).

A ausência do assistente social em sua rotina, nesse campo de arbitragens, implica que ele também deixe de demandar profissionais e a correspondência de demandas se frature também nesse ponto: “Poderia ter me demandado ou eu ter demandado a ela, né? Se eu tivesse observado dos dois lados, acho” (P.15). Em determinados horários que não é prevista a presença do assistente social, a ausência é vista como um complicador, pois o profissional, potencial demandante, pode ver-se compelido a

prestar algum atendimento, mesmo com dificuldades, entendendo que a eficácia da ação é comprometida. “A gente rebola, mas não fica uma coisa bem feita. Dá uma insegurança porque não é o que a gente faz e ficamos tentando acertar, ver como é que faz, liga para [outro serviço], perde muito tempo com aquilo, sendo que, para o outro, pode ser algo bem simples e tranquilo” (P.24). Dependendo das circunstâncias, o paciente permanece aguardando atendimento (P.14).

Na experiência de serviço em que a maioria dos profissionais exerce atividades em outras unidades, é comum que a interação ocorra em diferentes espaços e momentos. É valorizado o fato de o assistente social ter uma rotina de horários no espaço do serviço e estar disponível ao atendimento espontâneo. “Precisa ter, os pacientes pedem” (P.1).

A interlocução por aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp®) parece funcionar na tentativa de superar as dificuldades de interlocução, favorecendo a distribuição de demandas entre os profissionais. “A gente vai no WhatsApp®, então fica fácil, tá disponível a qualquer hora. Então, se ela não ler agora, ela vai ler depois. [...] A gente dá um jeito de se comunicar seja a hora que for. Na necessidade, a gente já manda, não deixa para depois, sabe que a pessoa não vê agora, vai depois tentar resolver” (P.2).

É possível que o assistente social seja um dos primeiros profissionais a atender o usuário e sua família. Desse modo, acaba atuando como um dos sujeitos que demanda os demais na equipe (P.2; P.15). Nesses casos, a avaliação da situação sociofamiliar se assemelha a um prerequisite para que outros planejem seus atendimentos: “Ela vem nos abastecendo de informações, pra gente pensar as estratégias, pra quem vai ser melhor explicar o processo [...]” (P.15).

Na direção de que a demanda está em relação direta às condições de trabalho dos potenciais demandantes, ocorre de já se prever que há profissionais predispostos a dedicar-se a preocupar-se com “o social”; e, assim, uma preocupação com questões dessa natureza não tem “lugar” no atendimento, como expressa o médico prevendo a atuação do enfermeiro: “O enfermeiro também, às vezes, ele está mais atento com essa parte social do que a gente de forma rotineira. Como eu te falei, assim, a gente pergunta, questiona quando está muito envolvido com o problema clínico. E o enfermeiro já tem uma visão um pouquinho mais ampla, de forma rotineira. E, às vezes, eles trazem essa demanda” (P.22).

Os médicos contarão tanto com o olhar das enfermeiras para o estabelecimento de certa vigilância quanto ao conteúdo “social” das situações que se apresentam, assim como contam com ajuda desses e dos

residentes de Medicina para acionar o assistente social nas suas rotinas. Com os residentes também contarão os acadêmicos de medicina, que discutem com estes e com os profissionais do *staff* a proposta de assistência aos usuários em todas as matérias, inclusive a “social”.

Segundo P.22, ele mesmo demanda o assistente social a depender do quanto está sendo demandado: “Se está muito corrido [...] eu normalmente ou passo para algum residente, ou passo para algum enfermeiro... Mas, se está tranquilo, às vezes, tu estás com aquele caso e não tem muita coisa. Às vezes, eu acho que eu consigo, que consigo conversar direto assim”. Para P.28 e P.23, ocorre de forma semelhante: “Sim, ramal a gente liga ou, às vezes, eu até dou um toque na enfermeira: ‘Ó, aciona pra mim quem é que tá hoje no Serviço Social’ e logo já chega alguém aqui”. P.30 demandará o assistente social quando a situação provocar ansiedade: “Ou eu vou diretamente quando estou muito ansiosa. Eu já passo por cima de todos e vou fazer as coisas, mas geralmente é assim, tem o estudante, aí vem o residente que você orientou para fazer isso”. P.21 refere que o mesmo ocorre quando se trata de situação sigilosa.

P.11 assinala que solicita pessoalmente o assistente social; enquanto P.16 solicita ou transfere essa atividade ao enfermeiro. P.27 descreve que, ao abordar alguma situação para talvez demandar o assistente social, seu primeiro movimento é o de “discutir o caso com o *staff*”. Após isso, pede que a Enfermagem execute o acionamento: “Geralmente, a gente discutia o caso e se tinha necessidade. Porque, geralmente, discute os casos, as condutas, né? Daí, geralmente, a gente pedia pra Enfermagem, mas eu nunca cheguei ligar assim diretamente pra chamar”.

Os assistentes sociais observam essa distância na relação com a equipe médica: “Muito dificilmente o *staff* vem falar contigo. Eles não vêm, eles não falam. O *staff* mesmo é a gente que vai até ele porque daí o residente diz: ‘Ó, fala com ele’” (AS2).

Os estudantes de Medicina entrevistados confirmam que a definição do acionamento do assistente social ocorre em discussão com os “supervisores”. Informaram que o residente, aquele que “tem mais responsabilidade”, acionou o assistente social (P.31; P.33). P.14 esclareceu que o residente tem a autonomia para acionar, assim como o *staff*. A enfermeira será um agente mediador: “Normalmente, a gente fala: ‘Quem é o enfermeiro?’, a gente conversa com a enfermeira: ‘Ó, vocês poderiam entrar em contato com o Serviço Social? Tá de alta, não tem para onde ir, [...] o paciente quer entrar em contato com a família que é

de longe, não tem como a gente fazer ligação, tem que sentar, tem que procurar número””.

Essa “terceirização da demanda” via Enfermagem é confirmada pelos enfermeiros e pelos assistentes sociais: “Geralmente, passa ‘não tem quem busque, não tem transporte, não tem, tem que ver...’” (P.13). Ou como exemplifica AS2:

AS2: Acionam a Enfermagem: “Ó, preciso do assistente social aqui”. Ou, às vezes, nem diz que precisa da gente, como eu já vi lá, e eu tava do lado e não falou comigo. “Ah, olha isso, é uma demanda. Vocês podem ver com o Serviço Social porque... né?, a gente tá tendo uma dificuldade aqui com esse paciente”.

PESQUISADORA: Isso eles falando pro enfermeiro?

AS2: Pro enfermeiro e sabendo que tu és assistente social e tá ali do lado.

Ainda nessa relação, o enfermeiro mesmo aciona, pois é ele que sugere demandar o assistente social: “Sempre sou eu que faço e muito a gente também leva, de perguntar o que acham de acionar o Serviço Social” (P.29). O enfermeiro busca muitas vezes frear a terceirização que se organiza pela Medicina: “Não que eu delegue, eu só oriento onde eles devem... Porque também não cabe só ao Enfermeiro chamar todo mundo, ele tem que chamar o laboratório, a Radiologia, a Psicologia, o Serviço Social, a Nutri, todo mundo” (P.10).

A Enfermagem também é o canal de acesso ao Serviço Social pelas famílias e pacientes. Como resgatou P.17: “Muitas vezes, até a própria família, como são internações muitas vezes repetidas, eles querem falar com a assistente social porque, das outras vezes, ela ajudou. Então, muitas vezes, a família pede para acionar o serviço”.

Ocorre também que, quanto maior a sobrecarga de trabalho, maior será a possibilidade de se atentar às questões específicas de sua área. Verificou-se que demandar exige uma disposição para dispensar um olhar abrangente para necessidades dos usuários e suas famílias. “O ser humano tem necessidades físicas, sociais e espirituais. Então, eu tento ver o indivíduo como um todo e considerando as necessidades dele. [...] Eu sempre tento ver tudo: em que contexto aquel[e usuário] está inserido e

qual a história del[e]” (P.29). Contudo, a mesma profissional apontou-nos que, quando em situações sobrecarga de atendimento, essa análise é prejudicada: “Mas, às vezes, eu não tenho nem tempo de atender quem stá ali precisando de cuidado. Como é que eu vou parar para prestar atenção nas outras coisas?” (P.29).

Demandar compreende ver, perceber, buscar informações que sirvam para justificar a demanda, construir antecedentes (P.25; P.9). É estar sensível às necessidades (P.17; P.19; P.20; P.6). É estar em estado de vigilância, atento ao que se fala, notar (P.2; P.3; P.4). Requer discutir com “superiores”, certificar-se (P.31). Depende de pensar e refletir; é saber que o olhar pode ser de julgamento, mas querer que o melhor resultado seja alcançado (P.16; P.13). Tudo isso se impõe ao profissional na perspectiva de sua atuação técnica: “Não tem um protocolo para chamar o assistente social, então, vai muito da sensibilidade, manejo e conhecimento do que o outro faz” (P.20) e também ética, já que é um compromisso compartilhado (P.15).

P.11 explicou que, quando está em atendimento em serviço de urgência, percebe que sua atuação em torno do “social” é prejudicada: “Só assim quando é um caso de violência, alguma coisa, que aí a gente obrigatoriamente já tem que acionar, mas, nos atendimentos de massa que a gente faz, assim, é muito difícil”. Como ratificou P.21, a demanda pode depender de “confiar” na rede de apoio disponível. A desconfiança, segundo esse profissional, ocorre quando avalia “risco de negligência do processo de terceirização do cuidado, questão de risco. Isso mais determina insegurança, a condição de moradia, bairro, violência” (P.21).

P.18 relatou que, quando há um grande volume de cuidados e procedimentos a realizar, também entende que não consegue “olhar essas questões”. Afirmou: “Quando está muito mais tranquilo, eu vou identificar muito mais. E tem dias que não se identifica nada”. Não há como “administrar” tantas situações: “Às vezes, tu és obrigada a fechar o olho, mesmo tendo aquele *feeling* que identifica alguma coisa, mas tu deletas. Infelizmente, às vezes, está com uma outra prioridade ali” (P.18).

Dois outros profissionais também relataram experiências de locais de trabalho em que se confirma essa relação demanda-condições de demandar. P.4 relatou que, ao trabalhar em uma unidade de emergência de outro hospital público, não conseguia realizar um “Processo de Enfermagem”⁶⁸, como a prevista no HU/UFSC, o que inviabilizava a

⁶⁸ O processo de enfermagem no HU/UFSC é realizado com “todos os pacientes internados na instituição, nas 24 horas, seguindo o método científico de resolução

demanda de qualquer outro profissional. P.8 também relatou a experiência em outra unidade hospitalar:

Porque, tu imaginas, cada unidade, somente de SUS, tinha cinquenta leitos em cada unidade. Eu tinha cinco unidades de SUS, mais quatro andares de convênios e particular. Desde ortopedia, alojamento conjunto, bebês, adultos, gerais e cirúrgicos, centro cirúrgico e emergência cardiológica e a emergência geral. Tinha que cobrir na hora do descanso do enfermeiro. Então, sondagem, por exemplo, eu começava tipo às quatro da manhã e acabava às seis as sondagens de horário, gasometria era a noite inteira, parada quase todos os dias. Enfim, problemas de relacionamento de funcionário, falta de funcionário, remaneja funcionário daqui para lá para atender os pacientes [...]. Tudo o Enfermeiro: faltou alguma coisa, você tem que providenciar. Então, assim, não sobrava o menor tempo para avaliar qualquer questão. (P.8)

A demanda de atuação do assistente social, numa perspectiva mais pragmática, ocorre no HU/UFSC por telefone ou pessoalmente (P.29; P.20; P.10; P.13; P.9; P.1; P.25; P.18; P.5); ou por telefone, pessoalmente ou WhatsApp® (P.4; P.8; P.2; P.15), sendo que o aplicativo pode ser a primeira opção.

Na direção dessas e das demais práticas descritas, evidencia-se que, no cotidiano, os profissionais compõem e recompõem seus trabalhos e interagem de modo que as demandas se colocam em relação aos distintos objetos que se articulam para atender às necessidades em saúde. O “social” será uma “matéria” presente e “processada” de modo a se identificar com a de atuação dos assistentes sociais.

de problemas, por meio das seguintes etapas: histórico de enfermagem, definição de problemas, prescrição de enfermagem, implementação de cuidados e evolução de enfermagem”. HU / UFSC. *Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistência de Enfermagem*, p. 2. Disponível em:

http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/ROTINAS_ASSISTENCIAIS/PROCESSO_ENFERMAGEM.pdf. Acesso em: 22/01/2018.

9. O “SOCIAL”: INDICADORES, PROCESSOS DE “EMERSÃO” E A ELABORAÇÃO DO CASO E DA INTERNAÇÃO SOCIAL

O presente capítulo continua a sistematização dos principais resultados alcançados com as entrevistas quanto ao processo de demanda por atuação dos assistentes sociais em um hospital em contexto de atenção direta a usuários em serviços de saúde. Os resultados alcançados convergem para compreender que a demanda está em relação ao “social” como uma “matéria” presente e em processo nos serviços de saúde. Essa matéria se expressa multifacetada e “emerge” a partir das práticas desenvolvidas pelas diferentes áreas de conhecimento que atuam nos espaços, que a “processam” e atribuem como matéria que se identifica com a de atuação dos assistentes sociais. Num primeiro momento, destaca-se como o “social” é identificado pelos profissionais a partir de um “dado-indicador” ou uma combinação deles. Em seguida, como as práticas de histórico, anamnese, “exames” e outras avaliações contribuem para “emersão” dessa matéria. No final, como esses olhares, voltados ao diagnóstico e à intervenção, “produzem” o caso social e a internação social.

A discussão a partir dessa sistematização não ocorre linearmente. Um vaivém de argumentos e elementos poderá ser observado pelo fato de terem sido elaborados destaques que possibilitassem a exposição do conteúdo. Nessa exposição, buscou-se favorecer a compreensão e enaltecer lógicas que estão presentes no processo de demanda do assistente social.

9.1 As expressões do “social” na conformação das demandas e indicadores para a atuação

Um dos resultados alcançados com as entrevistas foi confirmar algo que a experiência profissional sinalizava: a situação sociofamiliar dos usuários é objeto de verificação pelos profissionais nos serviços, sendo que, dessa verificação, se extraem indicadores do “social” que subsidiarão ações profissionais a serem desenvolvidas com os usuários. Informações da situação sociofamiliar podem ser requeridas pelos profissionais, no desenvolvimento de suas atribuições, para subsidiar a estruturação de suas ações, ou seja, decisões sobre intervenções, procedimentos, orientações, por exemplo. As informações requeridas,

ainda que pouco abrangentes, têm relação com sua matéria/objeto de atuação.

O tempo todo, a gente tem que perguntar por que, às vezes, a gente precisa recomendar que ele use algum [item de cuidado em saúde]. Geralmente, a gente costuma perguntar sobre quem é que tem renda na casa, quem trabalha. É que, na maioria das vezes, o paciente já está afastado por algum problema de saúde decorrente da doença, então, essa é uma informação que inclusive consta na nossa ficha de avaliação [...]. (P.6)

Mas quando a gente percebe que o paciente poderia vir a precisar de um [item de cuidado em saúde] o ou de alguma coisa um pouco mais onerosa na alta, a gente pergunta, a gente faz esse tipo de abordagem também. (P.9)

Questionados sobre como chegam a informações do “social” ou como buscam informações do “social”, os entrevistados apontaram que levantar informações do “social” é também uma forma de desenvolver vínculo e buscar ampliar o olhar às necessidades ou questões apresentadas pelo usuário ou família. “Se eu vejo que é uma pessoa que está acamada e institucionalizada, a gente especula um pouquinho mais as informações para colocar no histórico: há quanto tempo ele está assim? A família vai visitar na instituição? Quem vai? Essas coisas eu pergunto e extrapolo um pouquinho mais” (P.20).

Em geral, o “social” ou a situação sociofamiliar está expressa para os profissionais em um dado-indicador ou na combinação de um conjunto de indicadores. Admite-se que um universo amplo de dificuldades, de relações “desqualificadas”, de certos comportamentos, sinaliza para definição do “social”. Esse “social” é, portanto, uma matéria multifacetada e em constante dimensionamento nos serviços estudados.

Surgiu, por exemplo, a relação entre “social”, “carência” e o paciente não conseguir expressar informações de sua doença. Não ter pessoa ou familiar que acompanhe em consulta ou internação foi referido por vários profissionais. A “questão financeira”, expressa na falta de condições de custear o transporte até o hospital, também é um exemplo. Pacientes que vêm ou são trazidos ao hospital por uso de drogas ilícitas, para poder se alimentar ou fazer sua higiene.

Existem determinados grupos que são identificados com o “social” e a demanda de atendimento do assistente social é praticamente garantida, como os profissionais apontam: pessoas em situação de rua, pessoas sem identificação, idosos e crianças/adolescentes sem acompanhante, usuários de álcool e drogas ilícitas, pessoas vítimas de violências, entre outros (AS1; AS2; AS3; AS4).

O “social” pode ser atribuído a partir de “dados-indicadores” que se constituem na apresentação, nas condições físicas dos usuários, na forma como se relacionam no espaço do hospital. Nessa direção, alguns profissionais são reconhecidos pelas condições de também observar o “social”: os técnicos de Enfermagem. “O técnico lida mais com o paciente, quem recebe, quem punção, quem vê até a situação de higiene, essas coisas assim [...] ou maus-tratos, um cuidado precário em caso de paciente acamado, são os técnicos mesmo” (P.13). Isso é observado também pelos assistentes sociais:

Eles olham o corpo do paciente. Eles têm o contato direto com o corpo do paciente. E aí eles é que, muitas vezes, identificam uma série de questões. [...] Como foi o caso da mulher que morreu por violência e espancamento do marido. [...] Foi a técnica de enfermagem que, ao trocar, identificou e foi a técnica de enfermagem que acionou o Serviço Social (AS2).

O enfermeiro efetua a Visita Diária ao internado, mas é o técnico que geralmente está presente em outros momentos para a realização da assistência direta:

PESQUISADORA: E o que geralmente você tem observado que o técnico costuma trazer?

P.18: Às vezes, eles veem uma [situação de violência] [...]. Eu já cheguei a passar casos para a [assistente social] onde eu não tive tempo de conversar, mas falo para ela dar uma olhada porque tem alguma coisa ali.

Também são observadores privilegiados os acadêmicos de Medicina, como se apresenta na fala de P.31: “Às vezes, eu perguntava assim, na hora de examinar, a gente vai criando o vínculo ali com o

paciente e a gente vê, às vezes, se ele é muito carente, percebendo assim, daí a gente acaba perguntando se tem filhos...”.

O “social”, como matéria que circula heterogênea entre os profissionais para definir ações (inclusive demandar os assistentes sociais, como veremos adiante), é apreendido nos espaços de atuação. É um referencial dado pelas práticas instituídas nos serviços e nas equipes. Para profissionais da Medicina algumas falas deixam claro que a situação sociofamiliar tem relação para aprovisionar a intervenção médico-clínica. Tais informações são levantadas pelos próprios profissionais ou são obtidas por outros meios, como o contato com outros profissionais, dados de prontuário. Há, com a Medicina, uma relação importante para definição do manejo do tratamento.

PESQUISADORA: Vocês buscam essas informações para dar algum tipo de aporte ao diagnóstico ou essas informações, elas têm essa direção?

P.23: Elas têm essa direção, mas, via de regra, a gente vê no que elas podem contribuir para estimar o cuidado em relação à manutenção daquele tratamento em casa. Uma pessoa com uma condição socioeconômica muito ruim vai ter dificuldade para lidar com isso. E isso, às vezes, pesa ou não para a gente internar uma pneumonia, por exemplo. Talvez para uma pessoa com uma condição socioeconômica melhor a gente possa dar alta com a medicação via oral porque o paciente vai ficar bem, mas o paciente que está clinicamente bem, mas que não vai ter condição de se cuidar, morando na rua, a gente acaba deixando um tempo internado. Então, a condição social influencia mais no manejo e não no tratamento porque a nossa população acaba sendo uma população de SUS. Então, o que a gente consegue resolver, acaba resolvendo aqui.

No NTH, ocorre que o “social” é bastante vinculado a situação sociofamiliar. Será, na visão dos profissionais entrevistados, um dos mais importantes aspectos na condição de realização do tratamento desde o pré-transplante ao sucesso do tratamento no pós-operatório. O “social”

também é o tipo de matéria mais difícil de ser solucionada. O “social” entrou como balizador de muitas práticas profissionais naquele serviço.

A situação sociofamiliar do usuário dá aos profissionais uma noção das condições do sucesso de um tratamento. Assim, todos acabam por desenvolver uma vigilância nesse e em outros assuntos: “É uma coisa muito envolvente porque você conhece o paciente, a família, você vai na casa dele [...] ver como é que a estrutura da vida, conhece todo mundo [...] (P.6).

O “social” é algo com que os profissionais aprenderam a questionar e avaliar a partir da inserção no serviço. É algo também que foi sendo aprimorado ao longo do tempo de inserção do profissional no serviço. O que gerava, no início, uma gama de preocupações passa, com o ganho de experiência, a ser redimensionado:

E até bem pouco tempo atrás, eu não me importava com paciente. “Ah, tá, ele é DPOC, é um paciente que tem uma condição pulmonar ruim, mas eu não me atentava a ficar questionando aonde que ele morava, se conseguia, por exemplo, subir, por exemplo, uma ladeira [...]. Então, eu comecei a me questionar mais, depois que eu fui vendo o trabalho melhor em equipe [...]. (P.2)

Olha, isso foi mudando ao longo do tempo porque, no começo, quando eu entrei, quase todo o paciente era preocupante. Porque acho que tu fica mais inseguro, tu ainda está começando no trabalho, então tu se preocupa com a mínima coisa, né?, seja o fato, por exemplo, de não ter um banheiro adequado, de não ter uma cozinha, uma geladeira adequada para armazenar o alimento, seja não ter um acompanhante em casa. Enfim, tudo era motivo de preocupação. (P.8)

No NTH, por exemplo, o “social” é colocado como algo previsto de ser avaliado com respaldo legal, o que não localizamos nas legislações que orientam a organização do serviço. A partir dessa experiência observa-se que constrói-se a partir das práticas uma legitimidade para a incursão sobre o “social”.

Conhecer a condição social do paciente (ou ter uma noção), independentemente do serviço, pode também ser relevante para etiologia com base no risco social: “Então, nesse processo de avaliação mais

amplo, onde a gente precisa ver qual é a causa [...], a gente consegue identificar mais esse risco social... sociocultural... às vezes até de disfunção familiar, não pensando em uma situação só biológica, mas de ambiente mesmo” (P.21). Os fatores socioeconômicos precisam ser perquiridos para construção do diagnóstico, assim como para orientar o manejo do tratamento. Entende-se que esse levantamento pode ser limitado e o atendimento de outros profissionais (assistentes sociais e psicólogos) necessário para levantar informações complementares.

Na nossa história, na coleta da história, a gente precisa saber quais são as condições sociais, como vive a família, como é que funciona o dia a dia deles. [...] A gente pergunta por cima, né? Assim, para ter uma ideia. Mas claro que os outros profissionais, tanto o pessoal do Serviço Social, da Psicologia, eles trazem para gente algumas demandas que, às vezes, a gente não consegue captar no nosso atendimento, né? (P.11)

Para os profissionais, poder dispor do “social” e a necessidade se referenciar no “social” são condições que geram a demanda de atendimento do assistente social. Nessa direção, optou-se por aprofundar os momentos em que o “social” é explorado pelos profissionais e o modo como, nessa busca, são geradas demandas de atendimento ao assistente social.

9.2 O “social” nas práticas de histórico, anamnese, avaliações e outros inquéritos associados à “metodologia” do trabalho no hospital e à circulação de informações

Como se verificou, o “social” é essa matéria possível de ser incorporada às práticas dos profissionais, seja para o desenvolvimento de suas atividades, seja simplesmente como aspecto a ser melhor investigado, o que também é entendido como uma atribuição – como ocorre com a Enfermagem. Ela emerge no conjunto das ações desenvolvidas pelos profissionais no trabalho em saúde, a maioria considerada dentro da “rotina”.

O que se ressalta é que o “social” pode ser esse conjunto de fatores, problemas, situações da vida com limites, dificuldades, sofrimentos e necessidades que podem ser objeto da investigação ou exploração pelo

profissional de saúde. A investigação ou exploração dessa “matéria” é feita pelos profissionais na relação com o objetivo do seu atendimento na sua área de conhecimento ou como uma atribuição de sua área. Ocorre que as diferentes áreas nos serviços pesquisados caracterizam-se por manter uma constante abertura aos dados-indicadores do “social”, seja a partir do usuário, seja a partir da família e, nisso, pode-se desencadear a demanda ao assistente social. AS2 identifica que, nessa relação, ocorre a demanda para atendimento: “Ali, [na] anamnese deles, eles identificam um caso de desnutrição: ‘aquela paciente não tá sendo bem alimentada’; ou ‘ela traz demanda de questões sociais, dificuldade de acesso à alimentação’. E aí eles acionam a gente”.

No conjunto das atividades desenvolvidas pelos profissionais no hospital, é comum a todas as áreas a aplicação de entrevistas, anamneses ou instrumentos que cumpram a função de obter um panorama da situação de saúde-doença no contexto de áreas de conhecimentos. Na Medicina, a anamnese faz parte do “exame clínico”⁶⁹. Ocorre na forma de “entrevista”

⁶⁹ A fala de um dos entrevistados nos apresenta em que consiste a anamnese compreendida no exame clínico: “A anamnese contém: a identificação, né?, que é: onde o paciente mora, de onde o paciente veio... cor, raça, tudo isso aí. Aí, depois, a gente faz a queixa principal do que o paciente chegou até ali [...]. A queixa principal tem que se... Geralmente, é uma frase, por exemplo: dor de barriga com as palavras do paciente. Aí, depois, a gente faz história da doença atual, que daí é toda a história da doença do paciente, tudo que ele for falando. Daí, não precisa ser com as palavras do paciente. Geralmente, a queixa principal a gente usa exatamente as palavras do paciente. [...] A anamnese a gente já vê o que o paciente vai falar e escreve. Aí, depois, tem o exame físico e aí tem a história da medicação em uso, né? Tudo que o paciente faz uso de medicação, a história médica prévia [...], a história familiar pregressa, todas as doenças familiares, pai, mãe, doenças, tudo mais que tem... irmão... a história médica do paciente mesmo... a história social do paciente que aí vai englobar geralmente a gente estuda na, na faculdade quando a gente tá aprendendo então tem que pedir de tudo, né? Mora em casa de madeira, se tem esgoto perto de casa, a condição de vida, renda... Tudo isso. Parte social [PESQUISADORA: Isso aí... esse é o último a história social?] Não, depois vai ter hábito de vida também, o que o paciente faz, se fuma, se bebe. E aí análise e o plano (P.27)”. A realização da anamnese variou em relação aos serviços incluídos na pesquisa. Essa atividade está muito ligada a uma divisão técnica do trabalho médico no hospital e o modo que incorpora os quadros de pessoal em formação: “A gente esmiúça toda história, vê coisas relevantes do passado, comorbidades que o paciente tem, as medicações em uso, faz todo exame físico que couber ao paciente no momento. E a gente só passa com a historinha pronta toda pro médico. E, com ele, a gente discute com ele a conduta a ser feita (P.31)”.

feita por profissional ou estudantes em fase de conclusão do curso sob supervisão. Nele, o usuário (ou o acompanhante quando o usuário não tem condições ou apresenta dificuldades) é submetido a uma série de perguntas que orientam o médico a fazer o diagnóstico e considerar o tratamento⁷⁰.

As informações da situação sociofamiliar vão ser requeridas conforme a necessidade de apoiar a investigação do diagnóstico; ou seja, a informação “do social” vai ser explorada seletivamente para estabelecer fatores etiológicos. Isso exige depreender outras questões aos usuários e familiares e maior tempo de atendimento. “Sim, eu acabei conversando mais sobre essa questão porque a questão social dela definiu muita coisa da parte clínica dela, né?” (P.33). Em geral, o atendimento é permeado pela preocupação em garantir a agilidade no atendimento, principalmente em serviços com elevada demanda.

Quando a gente precisa mesmo de uma informação da parte social dela, a gente pede, mas aí a gente não consegue fazer essa anamnese completa. [...] Se tu acha necessidade, tu vai pedir: o paciente, por exemplo, tá com leptospirose... “tu mora [onde?]”... “tem esgoto em casa?”, “tem água que não [é] encanada”. (P.26)

Em outros casos, quando não há prática de anamnese e o atendimento inicial é focado na queixa, em geral, inclui a avaliação do “Estado Geral”. Assim, alguns dados-indicadores da situação sociofamiliar surgem com base nesse exame, baseado na observação. Na fala de P.16, podemos tomar essa referência: “Geralmente, não.

⁷⁰ Uma particularidade é que a possibilidade de realização da anamnese ou desse atendimento inicial focado no diagnóstico eventualmente vai depender da atuação do assistente social, pois é muito comum que usuários cheguem desacompanhados ou permaneçam desacompanhados e não seja possível que o médico efetue esse levantamento. “Muitas vezes, ele não consegue falar, o paciente, pelo estado clínico dele. Então, a gente precisa desse apoio pra descobrir quais são os familiares, pra ter um aporte maior da vida prévia dele, né?” (P.27). Essa atuação também é retomada e valorizada pela Enfermagem: “Como a gente resolve a situação e vai fazer os encaminhamentos se não sabe da história por trás? Isso é um trabalho técnico e o Serviço Social é um profissional capacitado para isso. Ele tem uma forma de acionar e procurar que a gente não tem. O enfermeiro não tem essa base técnica” (P.20).

Geralmente, eu trabalho a partir da queixa, mas, no “estado geral”, já acabam vindo algumas informações sobre isso” (P.16).

Privilegiar o esquema “queixa-conduta” responde à preocupação de agilizar o atendimento para priorizar os casos “realmente graves” em contextos de déficit de estrutura e precárias condições de trabalho, como o número reduzido de leitos para atendimento. Assim, uma avaliação da situação sociofamiliar pode ficar restrita ao assistente social. Ainda, essa avaliação do assistente social pode ser compreendida como integrante da história clínica do paciente.

Mesmo que a anamnese seja realizada na íntegra (o que é comum ser feita pelos acadêmicos), as informações são “selecionadas” pelo médico responsável pelo atendimento. “Eles passam informações, mas a gente acaba avaliando coisas relacionadas à doença. A gente acaba avaliando mais a queixa principal [...]. Agora, quando a condição social influencia muito o diagnóstico, a gente acaba sempre perguntando” (P.23).

As informações da “parte social” ou da situação sociofamiliar já levantadas num “interrogatório” podem ganhar contornos distintos e importância no campo da etiologia. É preciso “questionar o aspecto social e não só o biológico, o emocional, o núcleo da família estendido para o ambiente em que a família vive” (P.21). Além do estabelecimento dos fatores etiológicos e do diagnóstico, abre-se a possibilidade de levantar situação de risco e vulnerabilidades vivenciadas pelos usuários e, portanto, a necessidade de demandar o atendimento do assistente social.

P.30: As informações chegam a nós através da anamnese, porque tem os antecedentes familiares, a estrutura familiar e a parte social que a gente também faz esse interrogatório. A gente só não enfoca muito no quanto eles ganham de salário, mas também é um objetivo nosso de tentar ver a casa, o que eles fazem para ver se a renda é boa e assim que a gente consegue esse intuito e, quem faz, é quem faz a história clínica.

PESQUISADORA: Pela tua experiência [...], tu tens avaliado que existe um perfil de patologia, de quadro que está associado à condição social?

P.30: [...] são parasitoses cutâneas de couro cabelo, de fâneros e da pele, parasitoses intestinais diversas. Consequente a isso, nós temos anemia,

desnutrição, que são os quadros mais importantes [...]. Decorrente dessa anemia, há uma baixa imunidade e [os pacientes] podem pegar outras doenças, que são diarreias crônicas, pneumonia de repetição e infecções cutâneas. São as mínimas, né?, que a gente vê assim com bastante incidência, sabe?

É mencionado que a formação na atenção básica e aspectos relacionados à Saúde da Família, como área de conhecimento que a Medicina retoma nos últimos anos, favorece as possibilidades de abordagem dos aspectos sociais.

Eu sou da [Universidade], assim, da nossa prática, pelo menos na anamnese, você ter ideia de como é que é que aquela pessoa mora, de onde que ela vem, faz parte do sanitarismo, né? Então, assim, eu tinha muita disciplina de Saúde da Família e eles orientavam bastante isso para mim, né? Aqui, eu não sei como é que funciona, mas, no internato dos doutorandos que eu vejo, aqui da UFSC, eles são orientados, eles perguntam, a gente checa as anamneses deles. Você vê que eles anotam direitinho a situação social da família. Então, eu acho que já, já vem de antes, né? (P.11)

Dessa maneira, a aplicação desses instrumentos de avaliação inicial se flexibiliza em relação ao interesse do profissional a explorar informações relatadas pelos usuários. Esse movimento exploratório pode coincidir com algum pedido de auxílio do paciente. Mas é comum que o profissional faça essa exploração a partir de dados-indicadores, como exposto. Assim, se, em uma avaliação profissional específica, estão previstas perguntas, ao aparecer algo que não responde ao habitual, se desencadeiam novos questionamentos que podem tanger para os aspectos sociais. Por outro lado, como já pontuado, a prescrição de certos itens de consumo na área da saúde, por exemplo, dependerá de certificar-se de condições de renda e fontes de apoio: “Então, para eu saber o que que eu posso dar aqui na frente, ou o que que eu vou ter que fazer porque eu preciso daquilo, eu já pergunto assim se é casada, não é, trabalha, não trabalha, o marido trabalha ou não, e eu já consigo ver [...]” (P.7).

Os relatos dos usuários, nesses momentos, são de extrema relevância para que se efetue a demanda ao assistente social e/ou outros

profissionais de uma equipe: “Pacientes com uma condição social e econômica, referida durante a nossa conversa, muito precária, essas situações fazem com que eu procure a Psicologia, o Serviço Social e a equipe de uma maneira geral para discutir a viabilidade [do tratamento]” (P.6).

Na necessidade de se realizar uma entrevista no contexto das especificidades profissionais, acaba-se chegando a aspectos da situação social e algumas situações tornam-se preocupantes e levam à demanda do assistente social para atendimento.

Na Psicologia, observou-se que, assim como as outras áreas, se efetuam as perguntas já tradicionais de identificação, como ocorre com todas as áreas que aplicam instrumentos de avaliação/anamnese. Quando envolve crianças, as perguntas se estendem aos aspectos relativos à vida dos pais ou companheiros(as) dos pais – situação de trabalho e renda, por exemplo. Posteriormente, trabalha-se sobre a matéria para qual foi demandado ou trabalha-se na definição dessa matéria com o próprio usuário, pois é comum que se faça uma abordagem independente da solicitação de outros profissionais.

A prática de Histórico de Enfermagem é apresentada como elemento importante do “Processo de Enfermagem” do HU/UFSC. Ele é utilizado nos serviços pesquisados. No NTH o intuito é saber com quem se pode contar, com o que se pode contar. É preciso conhecer a família, seus hábitos, seus apoios. Isso é valorizado por quase todos os profissionais da equipe.

O Histórico pode incluir “de onde a pessoa veio, essa parte social é identificação, né? [...]. A idade, a data de nascimento, prontuário, a naturalidade, a procedência, a profissão, é... religião” (P.10)

Assim como ocorre com outras áreas (Nutrição, Psicologia, Farmácia, Nutrição), esse histórico pode ser “incrementado” quando se deseja expandir certos temas ou questões. Os aspectos sociais são algo muito privilegiado, pois deles se quer depreender tanto as condições que determinam o quadro de adoecimento quanto possíveis violências, riscos e vulnerabilidades vivenciados pelos usuários e/ou membros de sua rede de apoio – ou, particularmente, o fato de não existir rede de apoio.

Em todos os serviços o Histórico pode ser ampliado conforme a abordagem do profissional. É possível buscar saber no que o paciente trabalha; se mora junto, quem trabalha na casa, quanto se paga ou não paga de aluguel, quantos filhos, escolaridade, frequência escolar. Nesses momentos, aproveita-se para levantar alguns indicadores pautados na observação: quem é o sujeito que acompanha, divergências ou

contradições nas informações prestadas pelos familiares aos profissionais (teve ou não febre, teve ou não diarreia, por exemplo).

Contudo, outras formas de se levantar e conhecer, que tornam possível a troca de informações sobre os usuários, antecedem a realização do Histórico. Muitas informações são repassadas com informalidade, sem a mediação de registros. Dados da situação “muitas vezes, chega[m] por boca, né?” (P.13). Ou, como observa P.20, há “muita curiosidade inútil que não vai surtir nenhum efeito positivo no cuidado. É um ou outro que eu vejo que busca na curiosidade querer saber alguma coisa para fazer um cuidado mais humanizado”.

Nos serviços de internação, a situação do paciente é relatada na “Passagem de Plantão”⁷¹, momento também previsto no “Processo de Enfermagem”. Em alguns serviços, o assistente social presencia a Passagem de Plantão. Pelas características, é um momento importante para que o assistente social identifique informações dos usuários em atendimento, mas também no qual os enfermeiros já demandam o atendimento do profissional. Ademais, torna-se uma ocasião em que se evidenciam tensões do processo de assistência em saúde:

O que eles vão trazendo... Eu já vou identificando o que que é demanda pro Serviço Social. Geralmente, algumas situações não, como é uma passagem muito clínica, com dados muito clínicos. Difícilmente vem as questões sociais do paciente, [vem] mais quando elas tão muito latentes e muito gritantes (AS2).

Há uma particularidade em torno de sujeitos pertencentes a certos grupos, como aqueles que vivem em situação de rua: “As pessoas em situação de rua, a gente não precisa falar nada, né?, porque eles já passam a passagem de plantão olhando pra ti” (AS2).

A investigação junto aos profissionais do NTH levanta duas questões acerca das práticas de “inquéritos”. A primeira tem a ver com o

⁷¹ A passagem de plantão é definida como “momento da troca de turnos, quando a equipe de enfermagem que encerra seu período de trabalho transfere informações atualizadas sobre os pacientes e sobre a unidade em geral para a equipe que inicia sua jornada”. HU / UFSC. *Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistência de Enfermagem*, p. 1. Disponível em:

http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/ROTINAS_ASSISTENCIAIS/PASSAGEM_PLANTAO.pdf. Acesso em: 21/01/2018.

fato de a prática de realização de anamnese, histórico e outros poder ser realizada em conjunto, em formas de abordagem aos usuários e familiares nas chamadas “interconsultas” e nas visitas domiciliares⁷². A segunda, é que a questão da convergência entre os serviços para assistência ao usuário, que deixam claro que há formas de pré-avaliação dos usuários e suas redes de apoio, que abastecem os profissionais para tomadas de decisão.

As interconsultas no NTH têm sido comumente realizadas. Foram estabelecidas à medida que os profissionais identificaram uma proximidade dos objetivos das consultas onde se aplicam essas avaliações⁷³. É comum a interconsulta feita pelo Serviço Social e pela Enfermagem do NTH. Na interconsulta, a Enfermagem aplica o Histórico de Enfermagem e o Serviço Social inicia o Estudo Social.

A segunda questão, a convergência entre os serviços (Ambulatório de Hepatologia e Ambulatório de Transplante; Emergência Pediátrica e Unidade de Internação Pediátrica, por exemplo), permite verificar que histórico ou as práticas de anamnese já ocorreram, como acontece com a Medicina, que transfere o paciente de um serviço para outro. Ou as anamneses e históricos aplicados abastecem com antecedência a avaliação de outros profissionais. “Já sabe o diagnóstico, [...] mais ou menos alguma coisa do suporte que ele tem de apoio da família ou não” (P.4).

A convergência entre serviços e as práticas de histórico/avaliações desencadeiam uma circulação de informações sobre o usuário que depreendem demandas de atuação de profissionais. Servem também para os profissionais se atribuírem situações a atender. Explicaremos melhor

⁷² Como expresso nas entrevistas, a visita domiciliar é um momento de atuação integrada que pode ocorrer no pré e pós-transplante. A condição social previamente avaliada servirá para definir se a visita de avaliação da estrutura de cuidado domiciliar ocorre antes de o paciente receber alta ou após a sua alta, quando se pode também avaliar a adaptação às “rotinas” de cuidado prescritas pelos membros da equipe nas suas respectivas áreas.

⁷³ As interconsultas também foram estabelecidas pela possibilidade de otimizar o uso do tempo do usuário e seus familiares (para que não tenham de vir ao hospital por mais vezes para atendimento) e por se vislumbrar que as informações coletadas serão as mesmas e ganham compatibilidade no alcance de objetivos (muitas vezes também sobrepostos, como ocorre com a verificação da disponibilidade da rede de apoio ao usuário potencial receptor de fígado). Essa interconsulta também pode ocorrer em outros momentos da avaliação do usuário no pré-transplante, conforme necessidade da equipe ou do usuário.

esses aspectos tomando a particularidade da experiência com a Enfermagem.

Nessa convergência entre serviços, trocam-se dados-indicadores que provisionam a decisão de acionar o assistente social. Antes de ser transferido de um serviço de internação para outro, há um contato entre os profissionais da Enfermagem para “passagem do caso”. Nesse momento, o “caso” é apresentado e “nessa abordagem inicial que o enfermeiro tem [no primeiro serviço de atendimento], muitas vezes, ele já detecta que tem algum problema social. Muitas vezes, as internações são por problemas sociais” (P.17).

O “acionamento” do assistente social já pode ter ocorrido por profissionais do setor que primeiro atendeu ou poderá ser feito pelo profissional do segundo setor, munido das informações repassadas. O enfermeiro, em geral, incorpora, nas suas avaliações, diálogos, questionamentos acerca da situação sociofamiliar na tentativa de estabelecer indicativos para demandar o assistente social. Essa triagem também serve para outras definições, como o encaminhamento para acompanhamento ambulatorial:

PESQUISADORA: Isso te ajuda a decidir se chama o assistente social ou não?

P.29: Sim. Saber da rede de apoio dessa família é muito importante, saber que recursos tem [...].

PESQUISADORA: Aí já te garante alguma coisa para chamar ou não.

P.29: Isso.

9.3 O “social” pela a observação e práticas de “exames”

Nesse item, são apresentadas algumas referências quanto a práticas que os profissionais realizam no exercício de sua função e que os colocam na posição de observadores-examinadores “autorizados” a perquirir sobre as relações sociais e da situação sociofamiliar dos usuários de serviços de um hospital.

O exame de natureza física, muitas vezes, está no centro dos processos que constituem as práticas profissionais em saúde. O efeito desse exame, em que o corpo é o objeto central, dará condições ao profissional de desencadear “prescrições” de distintas ordens e que sejam

socialmente aceitas. Desses exames, no contexto de um hospital, é certo gerar a demanda de atendimento do assistente social. Para entendermos melhor como isso ocorre, pode-se reportar às falas dos entrevistados.

No exame clínico, o profissional P.30 deixa claro que informações da situação social que o levam a acionar o assistente social estão ligadas à anamnese, exame físico e diagnóstico. O assistente social poderá ou não ser inserido no processo de atendimento, a depender da conclusão desse processo: “Anamnese, exame físico, e diagnóstico que já vai me direcionando para encaminhar ou não, que com isso tu já tens, né?, vê a qualidade de vida [do paciente]” (P.30). Outro exemplo é dado por P.33: “Ela tava com algumas doenças sexualmente transmissíveis. Era ‘de menor’. Enfim, então, a gente foi levado pra acionar o assistente social, né? Pra dar uma ajuda pra nós ali, nessa situação”. Nesse exemplo, há indícios do papel que é atribuído ao assistente social: “a ajuda” ao profissional, corroborando o que foi localizado nas legislações.

Em geral, na primeira etapa do exame físico, tanto para a Enfermagem como para a Medicina, já se pode chegar a dados-indicadores da situação sociofamiliar do usuário: “Acaba aparecendo indiretamente pela observação da situação: com quem chega, como chegam [...]” (P. 16).

A avaliação de riscos é algo que permeia toda a prática de exames. A análise da etiologia, que engloba a identificação das causas do adoecimento, estará disposta a olhar fatores sociais que levam a esse desfecho que, muitas vezes, está presente não somente nos corpos ou nas queixas não proferidas, mas nos comportamentos, na qualidade das relações, como as brigas entre usuários e acompanhantes no hospital, nas presenças ou ausências dos genitores, nos discursos desencontrados ao se investigar o adoecimento. Para isso, a experiência é válida e pode ser sintetizada na ideia de *feeling* (P.26).

A equipe de um serviço de Pediatria irá compartilhar essa preocupação em relação a todas as violências a que crianças e adolescentes possam ser submetidos. Essa preocupação se adensa ao longo do tempo, corroborada pelas exigências aos profissionais, colocadas em legislações como o ECA; pela percepção geral da equipe do agravamento das violências que sofrem crianças e adolescentes. Nessa direção, o olhar vígil será sempre aplicado.

Essa forma de atuação constitui modelos de atuação que se reproduzem a partir do ensino: “Principalmente a Pediatria. A Pediatria, eles sempre entram em contato assim, quando eles... Algum sinal de que a criança tá sendo maltratada, de alguma maneira assim... Aí eles sempre

entram em contato pra ver como é que tá a situação – ou com a Psicologia ou com Serviço Social” (P.31).

Na Emergência Adulto, alguns grupos também recebem olhar mais atencioso da equipe. É o que ocorre com pacientes idosos, dependentes de cuidados. Existe um “cálculo” aplicado pela equipe baseado naquilo que pode ser visto e examinado. Esse “cálculo” busca medir a relação entre o cuidado devido e o cuidado realizado na determinação do agravamento ou do aparecimento da doença. São situações que tornam imprescindível acionar o assistente social: as “suspeitas de maus-tratos”. Geralmente, não há uma definição clara do que são “maus-tratos” ou “risco” e “negligência”. A suspeita de “maus-tratos” ou negligência é uma avaliação atrelada ao exame físico-clínico, que agrega elementos de contexto (dados-indicadores) observados pelos profissionais, o que leva à demanda do assistente social. Na dificuldade de definir, o caminho explicativo é feito pelos profissionais recorrendo-se a exemplos.

Um paciente que chega acamado muitas vezes, né?, que já é um acamado em casa, só que chega em condições de higiene muito precárias, que tem muitas úlceras por pressão, muitas vezes, muito emagrecido... (P.13)

O “exame” também é utilizado para identificar o pertencimento de pessoas a grupos socialmente vulneráveis, como ocorre com os indivíduos em situação de rua ou aqueles com dependência de cuidados, mas desacompanhados: “O que vem são situações tipo ‘Olha, achei aquilo meio esquisito ali, aquela idosa está tempos ali sem acompanhante, o que será que está acontecendo?’”. Sabe? É nesse sentido de tentar sondar mesmo o que existe naquela situação ali” (AS1).

A visita domiciliar é um momento importante de exame. Ela terá a função de observar a realização dos cuidados prescritos. Foi relatado que as famílias com renda baixa têm prioridade nas visitas, pois são as mesmas em que se pode verificar a necessidade de maior adaptação do ambiente para o tratamento: “Essas pessoas, elas sempre relatam pra gente: ‘Ah, tem muito entulho na frente de casa, teria que retirar’. Ou que tem muita umidade no quarto, né? Ou que tem dificuldade com a questão da geladeira, que não gela muito bem; ou a água; ou o esgoto” (P.4).

9.4 O caso social e a internação social

Podemos observar, dessa forma, que o “social” está no composto da atuação de todos os profissionais de saúde entrevistados por meio de recursos baseados na prática clínica. O social tem um *status* no campo da etiologia, está na análise e nas decisões e estratégias que envolvam os diagnósticos. Isso integra a formação médica. O “social” como elemento que interfere na saúde é matéria de ensino médico que se fortalece na inserção dos estudantes nos serviços.

Eu acho que eles veem de maneira imparcial, como mais um diagnóstico ou item de *checklist* que [o estudante] tem que perguntar. Mas se envolver e verificar de fato eu acho que quando eles vêm para o estágio prático no final do curso, na parte de estágio, conseguem perceber bem isso. Nessa dependência do ambiente, de questionar o aspecto social e não só o biológico: o emocional, o núcleo da família estendido para o ambiente em que a família vive. (P.21)

É nos estágios, com o contato com os usuários/indivíduos/casos e suas famílias, que esse aspecto da realidade se efetiva para os estudantes de Medicina, como momento de apropriação-intervenção. No espaço do hospital, o “caso social” será observado e sobre ele se atuará a partir da averiguação da situação socioeconômica/sociofamiliar do usuário. Será também é tomado como oportunidade de estudantes de diferentes áreas de formação poderem “assistir” às diferentes fases/estratégias do “tratamento” e como possibilidade de ação articulada sobre diferentes aspectos da vida desse usuário. Trata-se também da oportunidade de aprender, por um lado, a ter um olhar integral à saúde do usuário, por outro, praticar estratégias de vigilância, como identificar uma “família de risco”.

É também no ambiente [hospital-]escola, da gente mostrar para o aluno de qualquer área da Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, da própria Medicina, que, de repente, não basta colocar o tratamento no papel e verbalizar. Às vezes, você precisa executar o tratamento aqui para mostrar que vale a pena tratar, investir, que vai dar certo. E que, de repente, é o início de você conseguir mudar e melhorar a condição de vida do paciente e não só a doença. (P.21)

Então, às vezes, era até uma forma de proteção social que se tinha, mas que também era um ambiente de ensino para mostrar aos diversos alunos de diversos cursos que de repente era uma família de risco. Por isso, talvez, que o vínculo com a equipe e com o próprio assistente social sempre foi bem forte. (P.21)

O “caso social” pode definir uma “internação social”. Para ser “internação social”, o “caso social” pode envolver uma intercorrência fisiológica, cabível na sintomatologia médica, mas é mais comum que implique um conjunto de sintomas considerados sem mérito de atendimento hospitalar, como a intoxicação alcoólica (P.14).

O “caso social” também está no “raciocínio clínico” da Enfermagem. O “caso social” consiste na situação apresentada por um indivíduo que se dá a conhecer ao serviço com sinais e sintomas que se enquadram na atenção médica. Contudo, esse quadro tem relação de “efeito” da sua situação social. “Entendo que existem essas situações em todo o contexto do indivíduo, que geralmente tem cunho social e culmin[aram] em uma questão biológica clínica aguda” (P.20). Para sustentar essa elaboração, cita um exemplo: “Paciente psiquiátrico principalmente. Eles, muitas vezes, [vêm] sem receber o benefício de medicação pelo familiar ou tutor não dar a atenção necessária. A rede não ajuda ou desconhece completamente que tem esse direito; ou consegue acessar esses medicamentos, mas não tem condição de comprar e não sabe que pode conseguir” (P.20).

Referente às crianças, prevalece uma preocupação com a não continuidade ou falta de confiança ou adesão ao tratamento, situação de risco de negligência. Isso inclui certas medidas no atendimento ou a “internação social” também como uma medida de proteção à criança. Isso se mede por aspectos ligados ao comportamento e “queixas” dos acompanhantes, familiares ou não. “Às vezes, pela própria queixa da mãe, de estar sozinha e não ter rede de apoio da família, recentemente ter uma situação de risco de separação... A mãe doente com o filho doente que acaba não tendo uma estrutura para cuidado, para dar conta do cuidado” (P.21). Busca-se justificar a “internação social” a partir da existência de um problema grave: o paciente “também precisa estar em uma condição aguda de doença, mas o caso social é importante, que é o que vinha historicamente para ser internado no HU: os casos de doença aguda como caso social” (P.21).

E, assim como “o social” tem um lugar na decisão diagnóstica, terá um lugar na terapêutica, ou seja, no tratamento apropriado. A escolha terapêutica é influenciada por elementos, como as próprias condições clínicas. Farão parte dessa escolha o risco, a disponibilidade de recursos, o nexo feito com as condições sociais do paciente. O caso social é um “diagnóstico” que justifica a permanência, mas que também pode indicar a não permanência.

Na primeira situação, a situação sociofamiliar passa a ser o alvo dos profissionais “para ver se tem estrutura para dar conta de tudo sozinho ou se precisaria estar dentro de um ambiente mais protegido, mas é muito agudo ter que fazer esse suporte como internação. Mas, ao mesmo tempo, tu não tens garantia de que fora da instituição ele teria esse seguimento” (P.21).

A internação social tem por objetivo, sob o aspecto da internação pediátrica, garantir o tratamento e proteção e atenção integral à criança, mas também se precaver em relação às condições/relações familiares e poder ter um melhor panorama dessas relações: “quando ela está internada, tu vê a dinâmica familiar. Às vezes, vem outro familiar que, assim, que acaba que conversa. Então, tu tem mais oportunidade de cuidar, assim de contato com outras pessoas. Na Emergência, eu acho mais difícil” (P.11).

Na segunda situação (de indicar a não permanência), como se apontou, a definição pelo “caso social” poderá pesar para a liberação/alta do paciente, o que leva a considerar a demanda de atendimento para o assistente social. No entanto, os assistentes sociais verificam que há, entre essas situações, exemplos de distinção de certos públicos que usam os serviços, como pessoas em situação de rua. “É uma coisa também assustadora porque é a gente que tem que resolver. [...] E tratam como fosse o Serviço Social: ‘isso é um problema social’ e esquecem que também a pessoa tem um quadro clínico imediato a ser tratado” (AS2).

Podemos observar, assim, que o “social” está no composto da atenção médica-clínica. O “social” (limitado e limitante) tem um status no campo da etiologia. Está na análise e nas decisões que envolvem os testes diagnósticos ou mesmo os tornam dispensáveis. Isso integra a formação médica. É nos estágios, com o contato com os usuários/indivíduos/casos e suas famílias, que os diferentes aspectos da realidade social se expressam no contexto de saúde para os estudantes de Medicina, como momento de apropriação-intervenção. No “caso social” há uma combinação de proteção-vigilância. No espaço do hospital, o “caso social” será privilegiadamente observado e sobre ele se atuará.

O termo “questão social” pode ser usado para se referir ao sujeito que não tem familiares ou rede de apoio social para cuidados: “A fala é muito de que o paciente tem uma ‘questão social’. É usado muito essa expressão ‘é uma questão social’; ‘esse paciente é uma questão social’” (AS3).

Na tensão entre avaliação socioeconômica/sociofamiliar e contraindicação ao transplante, no histórico de organização do serviço, coube ao Serviço Social pautar a perspectiva do direito ao acesso à saúde, o que foi se colocando à medida que sua atuação se direcionou para gerar as condições de transplante a todos os sujeitos que necessitam de um novo órgão para se manterem vivos:

Eu vou em busca de garantir o direito do paciente com o município, com o estado, com o judiciário, e a gente vai trabalhar pra isso e quem vai definir que ele vai transplantar ou não, referente ao que eles entendem como ‘questão social’, vai ser os serviços que vão disponibilizar ou não as formas adequadas de cuidado deste paciente (AS3).

O “caso social” parece adquirir, em si, uma propriedade de diagnóstico: “Os pacientes internavam mais por ‘caso social’ do que por parte clínica – [que] já tá compensada” (P.27). O assistente social pode participar da definição da internação social, como aponta P.26: “Da mesma forma que a gente recebe, quando [o paciente] chega aqui com uma internação prévia, a gente recebe e é feita toda a avaliação inicial do [paciente] aqui pelos médicos, enfermeiros. A gente, muitas vezes, acaba acionando o Serviço Social aqui já e é feita uma avaliação aqui para ver se é indicativo de internação ou não”.

Os assistentes sociais avaliam que a imputação de uma situação como “caso social” revela importantes limites da compreensão do processo de determinação da saúde por parte dos profissionais do serviço. No “caso social” estaria muito mais evidente o quanto a saúde é expressão das condições em que vivem os sujeitos. Por isso, a ideia de “caso social”, muitas vezes atrelada a um “problema” que deve ser respondido pelo assistente social, seja “combatida” nos cenários de atuação profissional:

AS2: Muito embate e discussão. E eles já sabem que a gente odeia isso porque já teve uma discussão com a Medicina ali.

PESQUISADORA: Como que foi isso?

AS2: Foi de dizer: “Olha, então, esse é um caso social”. “Não, não. Não existe caso social. Existe um caso de um paciente, onde as questões sociais dele implicam na saúde dele. Essa tá implicando. E uma coisa não tá dissociada da outra”. E a gente fala diretamente, eu, né?, diretamente isso pro médico: “Então, não existe caso social, existe um problema de saúde que é motivado e acontece em decorrência de toda a questão social que esse paciente vive”.

Num cenário em que se busca responder a tudo o mais rápido, o Serviço Social é valorizado no papel de dar auxílio “no fluxo rápido de casos que não têm indicação de ficar[em] internado[s] e o paciente precisa ter um destino, né?”. Espera-se dar um destino ao paciente. Alguns profissionais sugerem uma “avaliação”, cuja finalidade já está definida: “poder liberar”, ou “de repente, conseguir algum lugar pra ele ficar” (P.22; P.10; P.13; P.28).

Mesmo que apresente uma queixa clínica, sujeitos ligados a determinados grupos vulneráveis tem sua demanda verdadeira vinculadas ao “social”. De antemão, no caso de pessoas em situação de rua, já se avalia a dificuldade de “dar alta”, o que pode gerar a demanda ao assistente social assim que o paciente é admitido no setor. Por outro lado, observou-se que o risco, essa estimativa de que algo adverso possa ocorrer, pode ser um critério no momento da alta para acionar ou não o assistente social. Caso não haja risco, o paciente poderá ser liberado e, se o usuário necessita permanecer internado (por necessidade clínica, a legítima), o assistente social não é acionado.

10. A DEMANDA COMO VARIAÇÃO DA MATÉRIA, COMPETÊNCIAS, ATRIBUIÇÕES E O EXERCÍCIO DAS ESPECIALIDADES EM EQUIPES

Até o momento, os resultados sinalizaram que a demanda é desencadeada num processo de práticas institucionalizadas, de um trabalho que se organiza sob uma forte lógica de rotinização, em que se reconhece a relação metabólica entre saúde e condições de vida. Essa relação, no entanto, é recuperada residualmente nos serviços sob uma pauta, muitas vezes, limitada e organizada sob o nome de “social”, permeando as práticas desenvolvidas nesses serviços – seja a partir dos “inquéritos”, seja dos “exames” ou do caso, internação e alta sociais. Nesse capítulo, será observado como as demandas estão organizadas a partir de um pressuposto central, que é matéria-objeto dos assistentes sociais. Portanto, a demanda, pressupondo o “social”, vai ser feita na expectativa da efetivação de certas atribuições e competências que compreendem respostas que o assistente social oferece a determinadas situações/necessidades (das menos para as mais complexas), expressas nos serviços. Por último, verifica-se que a demanda também se processa como exercício da preservação ou extensão das especialidades e especificidades das áreas profissionais que permeia, dessa maneira, os sentidos do trabalho em equipe multiprofissional.

Como vem sendo afirmado, a demanda, geralmente, se aproxima da matéria/objeto do profissional demandante; relaciona-se e é orientada ao escopo do serviço, reconhecido, referendado, buscado por todos. “Às vezes, eu tenho necessidade que o paciente tenha ajuda financeira para determinada coisa, então, eu peço para [a assistente social] avaliar com a família, né?, quem é que poderia ajudar” (P.6).

É possível que haja uma distância entre o que o profissional imagina sobre a atuação do assistente social e o que ele efetivamente realiza. Contudo, reitera-se ainda que uma orientação sobre a matéria do assistente social está fortemente ligada à experiência no serviço em questão, pois não existem – ou são raros – os momentos em que os profissionais discutem suas atribuições. “Talvez vocês possam fazer muito mais do que a gente acha que vocês, que cabe a vocês... Acho que isso a gente poderia, de repente, um dia, sentar e conversar” (P.10).

10.1 A matéria “social”

Então, a partir de uma matéria-objeto que se apresenta “social” e heterogênea, a demanda se faz nesse *mix* de uma matéria traçada, de públicos convencionados e “convencionais”, com espécies de “cestras-básicas” de respostas a certas necessidades ligadas ao escopo do serviço e da atuação dos profissionais que demandam.

No quadro 8, estão dispostas, de forma sintetizada e sem processamentos (ou seja: tal como foram mencionados), algumas das questões/situações que se aglutinam para conformar a matéria atribuída aos assistentes sociais, isto é, as questões “do social”. Reiteram como o processo assistencial, a experiência, é preponderante para definição ou “regulação” das relações e práticas entre os profissionais. O quadro 8 aponta exemplos dados por profissionais da Unidade de Emergência Adulto e da Unidade de Internação Pediátrica. Aqui, também aparecem alguns recursos entendidos como possíveis de serem acessados a partir do trabalho do assistente social, o que será trabalhado no item seguinte.

Desse conjunto de exemplos, a maioria pode ser atribuída também ao Serviço Social no NTH. Porém, a avaliação sociofamiliar é preponderantemente mencionada na perspectiva de manter sob vigilância a família e os “apoios” que mantêm “habilitado” o usuário para o transplante.

Mas, normalmente, eu comunico ela: “Achei que esse acompanhante não vai ser legal por isso, isso e aquilo”. E, daí, eu pergunto pra ela: “Tem alguma outra possibilidade?”. Mas, daí, fica a cargo dela, normalmente, ver o que tem mais. (P.2)

Essa força centrípeta a que a família pode ser submetida corresponde, como compreendem alguns entrevistados, em muitas vezes colocar o Serviço Social no centro de distribuição e organização das ações de uma equipe com os usuários e os membros de sua rede de apoio:

Essa propriedade que aconteceu no [serviço], dos fatores sociais estarem encabeçados, passou a não ter hora. Entende? Então, assim, a liderança do assistente social fez com que não tivesse hora. A gente resolve demandas às vezes oito, dez da noite [...]. A gente demandando muito do assistente social, como ocupou esse centro. Acho que toda a equipe demanda tanto quanto, né? Me parece que uma via de duas mãos. (P.15)

Quadro 8 – Matérias atribuídas aos assistentes sociais pelos profissionais

Unidade de Internação Pediátrica	Unidade de Emergência Adulto
<ul style="list-style-type: none"> • Violência física ou sexual. • Risco psicossocial. • Questão de deficiência. • Mães que não fazem vacinação para as crianças. • Conflitos familiares, desestrutura familiar. • Poder socioeconômico baixo; • Conseguir produtos. • Falta de cuidado com a criança, situação de risco. • Atraso vacinal. • Violência na família. • Violência sexual. • Negligência. • Abandono. • Omissão. • Óbito. • Óbito por violência. • Baixo nível de escolaridade, que gera negligência não intencional [à criança]; pouco cuidado consigo mesma [mãe]. • Negligência. • Falta de recursos para adquirir coisas básicas: alimentação, vestimenta ou transporte. • Ajuda da unidade de saúde para oferecer leite. • Situações de conflitos familiares. • Separações dos pais, questões legais. • Direitos: a pensão alimentícia, acesso à creche, o papel do Conselho Tutelar. • Ajuda financeira, recursos do CRAS, do CREAS, Bolsa Família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chegar sem familiares. • Orientação para funeral. • Condição de custear medicação. • Baixa renda. • Não ter como voltar para casa. • Condições de alta. • Contato com familiar. • Contato com unidade básica para informações, exame. • Idoso sem acompanhante. • Pessoa desacordada sem documentação. • Famílias, fortalezas e as fragilidades do núcleo familiar. • Pessoas sem identificação. • Necessidades dos pacientes. • Acolhimento do óbito, orientação da família nos procedimentos legais. • Conflito de família. • Acesso a medicamentos caros. • Pessoas desprovidas. • Moradores de rua. • Transporte. • Afastamento do trabalho, auxílio-doença, orientação previdenciária. • Alta do paciente em situação de rua. • Violência. • Suspeita de maus-tratos. • Suspeita de violência.

A família preparada para o cuidado após a internação é fundamento importante para o andamento das prescrições de cuidados feito pelos profissionais de equipes em que atua o assistente social. O depoimento de P.15 expõe que o seu trabalho no pós alta ocorre diretamente com o paciente e as pessoas que o cuidarão. Por isso, afirma que “depende” do resultado do trabalho da assistente social para estruturar sua abordagem, “porque os pacientes são muito diferentes” e é o assistente social “o profissional da equipe que mais tem essa preocupação de trabalhar na questão da família. [...] Eu entendo que seja uma atribuição de toda equipe, mas me parece que quem tem mais essa apropriação é o assistente social”.

Nessa direção, ocorre que as matérias apareçam vinculadas entre o Serviço Social com uma ou mais áreas de atuação: “As questões de medicamento que o assistente social faz junto com a Farmácia [são] uma parceria bem bacana que é feita e que, com certeza, os pacientes conseguem tudo isso porque tem esse respaldo” (P.12).

Outra observação possível acerca das questões/situações que se aglutinam para conformar a matéria atribuída do assistente social nos serviços é que elas são passíveis de serem qualificadas entre algo mais ou menos grave, também entre algo mais simples ou complexo. Essa matéria também pode ser de “mais abstrata” a mais “concreta” (P.10)⁷⁴; ou mesmo entre “filosófica” e “pragmática” (P.23). Parece ser imprescindível demandar o assistente social quando há situações consideradas “mais gritantes”, como as violências (P.13). As situações menos graves parecem ser “questões” relacionadas à condição socioeconômica dos usuários e familiares atendidos nos serviços. “Eu acho que a gente encaminha bastante mesmo que não se identifique algo muito grave. Quando a gente vê uma condição socioeconômica mais baixa [...]”. (P.18)

Foram mencionadas também como “questões mais simples” a baixa escolaridade, que aparece associada à pouca compreensão sobre a patologia. Quanto à compreensão da doença, quando envolve crianças e adolescente, o interesse principal é o seguimento. Entre esse público, as

⁷⁴ Segundo o entrevistado: “Uma coisa mais abstrata eu acho que mais Psicologia, né?, não que vocês não atendam o abstrato também, né? Muitas vezes, isso é demanda de vocês também, né?, mas acho, quando precisa de uma cesta básica, precisa de um auxílio, precisa de um lugar para ficar, precisa de um kit higiene, precisa, né?, daí, tem que tomar, o paciente tem que, o acompanhante tem que tomar banho. Já é uma coisa que eu, muitas vezes, nem mando para o Serviço Social: já oriento direto, digo como é que funciona” (P.10).

“questões” mais “simples” também são vacinas atrasadas, consultas que não estão fazendo no posto de saúde, crianças fora da escola ou creche.

Na busca por definir as atribuições profissionais, a atuação profissional compreenderia, nessa interpretação, elementos “filosóficos” e “pragmáticos”:

Me parece que é alguém que vai tentar alinhar uma rede social que a pessoa tenha [e] que a sustente. É algo mais filosófico de ver o que ela vai fazer, mas, via de regra, está relacionado a coisas mais pontuais. Até achar o parente mais próximo ou dar cinco reais para a pessoa pegar o ônibus. Tem tudo isso, mas está mais relacionado a essa rede de apoio. (P.23)

Com alguns entrevistados, buscou-se verificar se, ao longo do tempo de experiência, a matéria atribuída ao assistente social sofreu alguma mudança. Em geral, o que se verificou foi a existência de um padrão recorrente de situações que se manifestam em torno do “social”. Os assistentes sociais avaliam que a qualidade da experiência profissional (trabalho efetivo em equipe) tem maior relevância do que o maior tempo de formação profissional (ou outro conhecimento prévio sobre a atuação do assistente social) para reconhecer a finalidade da profissão na contemporaneidade, de modo que a demanda se concilie às perspectivas mais atualizadas da atuação profissional (AS1; AS2; AS3; AS4).

Ainda, em geral, quando o profissional que demanda é um profissional em formação (residentes, estudantes de graduação), a possibilidade de atuação conjunta exerce importante influência na demanda ao assistente social a partir de referências atualizadas (AS2; AS4).

Tem muito mais a ver com a experiência aqui. Muitas vezes. é um processo de conhecimento, do que mais o assistente social pode fazer, é muito mais da experiência, sem dúvida. (AS1)

Sim, eu acho que tá ligado à experiência. Eu acho que tá ligado muito à experiência, assim, na... A gente percebe assim, nos profissionais, nos residentes de medicina que passam pela enfermaria. No começo, eles ficam bem perdidos, não sabem o que acionar e, depois, com a prática,

com nossa interlocução, ali eles, quando passam de novo [...], gente percebe que a interação fica bem mais fácil porque eles já, já sabem que eles podem acionar a gente, como é que a gente trabalha ali. (AS4)

A experiência de trabalho conjunto muda e favorece a compreensão dos objetivos ou a finalidade da atuação dos profissionais. P.4, por exemplo, relatou que os adensamentos que decorrem do acúmulo de experiência no serviço foram importantes para constituir uma compreensão sobre os objetivos do trabalho do assistente social.

Mas é uma coisa bem difícil porque não é que não tem condições, o papel do assistente social não é esse. O papel é tentar dar condições pra que [...], aquela pessoa, aquele paciente, ele consiga chegar à possibilidade [do tratamento] porque é a necessidade dele. (P.4)

Momentos de formação em serviço também são referidos como cruciais para compreensão das referências de atuação dos assistentes sociais na saúde, como exemplifica AS3 acerca da visita domiciliar multiprofissional: “Quando tu tá lá nesse ambiente, [...] que é a realidade do paciente [...], e aí tu consegue visualizar que vários colegas nunca estiveram nessa realidade e, hoje, com a Residência Multiprofissional, também a gente vê que os colegas de outras profissões também nunca tiveram esse acesso” (AS3).

10.2 A relação matéria e atribuições profissionais

As falas dos entrevistados demonstraram o quanto o entendimento da matéria de atuação dos assistentes sociais está vinculado a um entendimento de certas atribuições e competências profissionais – mais ou menos convergentes às direções atuais da profissão no Brasil. Portanto, o reconhecimento do “social” está atravessado por formas de entendimento do conjunto de saberes diferenciados que envolvem a atuação do assistente social e dos resultados esperados com ela.

O sentido de atribuição apontado por Terra (1998, p. 3), “faculdade inerente à profissão”, deixa claro que uma forma sinóptica de descrição da faculdade, ou das capacidades, seria um exercício complicado. Agora,

tendo feito esta pergunta aos entrevistados, coube tentar buscar elementos que dão sentido ao que se confere como “atribuição do assistente social”. Todavia, as respostas ao questionamento sobre as atribuições profissionais não tiveram muita variação e podemos localizar uma proposição sinóptica na relação entre avaliação, garantia de cuidados familiares, acesso a serviços e direitos, bem como continuidade do cuidado. Essa sinopse feita pelos profissionais certamente se fundamenta na experiência e na realização de determinados objetivos circunscritos ao serviço e à própria atuação. Esse apanhado fortalece-nos em torno da verificação das condições de demanda do assistente social nos serviços e como ele participa de um projeto de trabalho coletivo.

De alguma forma, a avaliação sociofamiliar, que parece ser colocada como elemento sinóptico, não é a única ação realizada pelo profissional, mas aparece com muita frequência.

O Serviço Social ajuda muito também na questão, assim, de avaliar. É a rede familiar, é a rede de apoio de saúde perto da casa dele, é... Então, essas informações, para mim, são informações bastante valiosas, assim, que interferem bastante no meu trabalho, né? (P.6)

É identificar [...] as principais questões [...] sociais que esse paciente [...] tem, né?, e o que tem de muito bom que a gente pode e usar ao nosso favor e o que tem de muito ruim que a gente precisa melhorar. (P.2)

Sabe-se que a avaliação antecede um conjunto de ações que visam dar condições de acesso ao serviço de saúde a partir da garantia de direitos em outras esferas. Conhecer a fundo a realidade dos usuários faz conexão com outra ideia: a de liderança na equipe, aqui atrelada à condução do projeto terapêutico do paciente na equipe a partir dessa avaliação. Afirmar que ao assistente social cabe elaborar condições do usuário chegar ao tratamento é, no nosso ver, uma forma de indicar a relação concreta com a realização do direito à saúde na garantia do acesso.

Eu acho que eles fazem avaliações do paciente fazendo com que essa pessoa tenha as melhores condições possíveis para chegar [ao tratamento] e ter uma evolução melhor [...]. Então, tem a questão familiar, econômica, social [...]. Acho que fazem

uma avaliação bem completa do que o paciente precisa e suas demandas. (P.3)

[...] Auxiliar o paciente nessas questões, às vezes, de documentação; as mais burocráticas, com relação a benefícios, que, às vezes, eles não têm conhecimento e vão precisar também desses benefícios. Em caráter, né?, às vezes, momentâneo, só pra, durante a realização, o período de recuperação [...], um BPC ou até mesmo ajudar ele a unir a documentação pra aposentadoria. Mostrar os caminhos. (P.4)

O risco será um atributo importante na lógica da solicitação da avaliação do assistente social e de todas as “práticas de exames” dos membros da equipe, que definem, muitas vezes, a chamada internação social. Por outro lado, a atribuição do assistente social nesse serviço hospitalar, pela fala dos entrevistados, está na pauta da garantia dos cuidados pós-internação, cuja lógica se reabastece atualmente da perspectiva da longitudinalidade do cuidado informada nas políticas dos serviços, mas também da garantia de direitos. “É saber levantar as características da família e a situação de vida deles, de forma a garantir os direitos e saúde [do paciente], o que pode estar prejudicando ou dificultando e, daí, ver o que dali pode encaminhar e orientar para que essa família seja mais saudável, tentar melhorar a situação” (P.18). Há, também, na outra “ponta” da atuação médico-curativa (mas também de promoção em saúde por meio do acesso aos direitos sociais), a preocupação de que, a depender da doença, do motivo da internação, na alta, existam garantias de que o tratamento será realizado. O assistente social tem sido demandado a buscar vincular o seguimento junto aos demais serviços da rede, na perspectiva da Alta Hospitalar Responsável (BRASIL, 2012c).

Eu sempre digo que, na alta do paciente, essa parte da assistência nos tem dado mais pernas para poder acompanhar o paciente fora. Então, muitas vezes, a gente aciona até para fazer essa transição da alta ou depois da avaliação do diagnóstico estabelecido. O Serviço Social consegue, de repente, estender esse papel com outros colegas da rede de assistência primária (P.21).

A família deverá ser qualificada para o cumprimento de suas funções de proteção e cuidado. Nessa direção, tem particular importância a atuação do assistente social nas orientações de acesso a serviços e direitos.

Acho que, além de trazer o ponto de vista da profissão de vocês, pode, na prática, fazer essa interface com a rede de apoio que a gente tem porque eu acho que a forma de fazer o formulário [do paciente] e da família, ver de onde ela chegou, ver até onde ela pode chegar, no sentido de planejar um cuidado dentro do tratamento e do seguimento fora. (P.21)

Não sei se diagnosticar, mas conseguir pontuar, né? algumas prioridades, algumas características daquela família, que interferiram na qualidade de vida no caso, né?, [...] conseguir fazer com que o nosso tratamento, que é iniciado aqui no HU, permaneça subsequente. Então, assim, geralmente o que eu vejo elas sempre estão vendo o núcleo familiar. (P.7)

É fazer os encaminhamentos que tem que ser feitos, dar esse *feedback* para a equipe. A gente vê que o assistente social procura garantir alguns direitos que, às vezes, a família não sabe e não tem esclarecimento. Procura encaminhar. (P.17)

Vocês são grandes fornecedores de informação dos direitos desses pacientes. Aqui, vocês fazem a parte aguda conosco quando [o paciente] vem em um quadro agudo de violência, negligência ou abandono. Vocês têm a resolução do quadro agudo, vamos supor, é resolvido. (P.26)

Fica evidente a sinopse em torno da avaliação “do social” e a influência “do social” nas possibilidades de tratamento. “Conhecer o contexto social do paciente” novamente ganhou ênfase nas falas, com menção à avaliação de risco e o conhecimento que o assistente possui dos processos sociais como fatores desencadeadores do adoecimento.

Os conhecimentos do profissional do Serviço Social são conhecimentos abrangentes. Não só, mas ele tem um bom entendimento da condição que envolve a doença. Ele tem um conhecimento de como, o próximo passo, o que é que o paciente vai precisar, se ele vai também precisar do apoio de outras especialidades, ele tem um conhecimento amplo claro dentro daquilo que é devido. (P.14)

Fez-se referência também ao Serviço Social atuar para a garantia de direitos, orientando os usuários no acesso a serviços, a benefícios sociais. “Eu sei que ele vai garantir os direitos e acionar serviços, ele vai possibilitar uma inserção daquele indivíduo na sociedade e ele a se manter” (P.20). Buscou-se a pauta de direitos que o assistente social recupera/aciona no interior da instituição (“A lei do acompanhante, o auxílio que ele vai ter, a alimentação, essa parte toda, essa parte jurídica da judicialização da saúde, da medicação, auxílio funeral” (P.10)), assim como uma pauta externa, pós-alta (“A internação não pode terminar, se resumir só [ao serviço]. Eu acho que ela tem uma continuidade que o Serviço social é importante nesse processo (P.15)).

Mesmo sob a pauta dos direitos (orientar, acionar, acessar direitos), o trabalho do assistente social pode ser ainda tomado como uma forma de auxílio ao paciente:

A impressão minha é que o assistente social, ele auxilia e sabe, conhece os caminhos para que as pessoas, os pacientes possam exercer os seus direitos e que, às vezes, por conta própria, não conseguem exatamente ou por desconhecimento de como fazer ou por desconhecimento até dos próprios direitos. (P.10)

10.3 A relação matéria e competências profissionais: expectativa de resultados, uso de procedimentos e recursos

Como apontado, a demanda também está atrelada a determinadas perspectivas de competência profissional (mais ou menos próximas ao que a profissão projeta), o que gera expectativa de resultados, de procedimentos técnicos e funcionais a serem realizados ou recursos que possam ser disponibilizados pelo profissional ou por seu intermédio.

É possível indicar que essas expectativas derivam do escopo do próprio serviço (por isso, a menção da alta, da localização da família, por exemplo) ou do profissional demandante para alcançar o objetivo da sua atuação (ter a família disposta e apta a receber orientações, por exemplo). A demanda que expressa diretamente uma perspectiva de resultado é algo observado pelos assistentes sociais entrevistados e objeto de sua crítica (AS1; AS2; AS4; AS3), pois, muitas vezes, estes guardam expectativas que atrelam a atuação a compromissos nem sempre condizentes com a realização das perspectivas éticas, teórico-metodológicas defendidas no conjunto da profissão.

A demanda que expressa diretamente uma perspectiva de resultado geralmente se assemelha a uma prescrição, algo ainda comum em serviços que reproduzem as relações médico centradas. A maioria dos entrevistados respondeu positivamente quando questionada sobre expor uma sugestão ou expectativa quando solicita o atendimento do assistente social.

A demanda como um tipo de prescrição, muitas vezes, está associada à dinâmica do serviço e às condições de trabalho, como em um serviço de urgências e emergências, no qual se espera atendimento e resolutividade em tempo mínimo. “Quando a [unidade] está cheia, é de forma muito mais imediata, querendo que a gente resolva logo, principalmente se aquilo ali vai ajudar o paciente a receber alta” (AS1).

Não significa que os assistentes sociais não compartilham da necessidade da resposta em tempo breve, como expõe AS1: “Sim, a gente tenta priorizar [...], tenta dar um retorno de imediato”. Porém, são situações que colocam ao assistente social a necessidade de construção de enfrentamentos que coincidem, muitas vezes, com a defesa dos interesses dos usuários, ampliando perspectivas limitadas e limitantes para atuação, considerando a inserção em um sistema de serviços que almeja algo como a integralidade na atenção.

Sim, eu fui desconstruindo um pouco essa coisa [de eles] virem trazer pra mim já uma demanda com uma intervenção pronta, né?, com uma proposta de intervenção pronta. Eu acho que hoje eles vêm mais pedindo realmente para atender, para avaliar. Claro que alguns deixaram de até de encaminhar pra mim. (AS4)

Observa-se, a partir do relato, que a demanda com caráter de prescrição pode deixar de ocorrer conforme o assistente social crie

estratégias de enfrentamento. Dessa maneira, há uma redefinição da composição e escopo do requerimento do atendimento. Ao invés da prescrição, toma lugar central a avaliação sociofamiliar. O assistente social será acionado para uma avaliação.

No que se refere aos procedimentos que se espera que o assistente social realize, é possível indicar que o assistente social é acionado por ser aquele que “faz o contato”, “faz a avaliação”, “encaminha a solicitação”. Por outro lado, na esteira desse processo, é explicitado que o assistente social disporá de itens, como a roupa, a cesta básica, ou fará com que sejam acessados. Muito embora se saiba que tais procedimentos são elementos de um processo de assistência, os profissionais que demandam centram em um ou alguns deles para definir a necessidade da demanda.

Na direção de observar a demanda a partir da perspectiva de procedimentos ou instrumentos aplicados, a “avaliação” será privilegiada. A avaliação da assistente social vai antecipadamente lidar com as questões do “contexto social” ou poderá atendê-las caso não tenham se expressado ainda, porém, com maior agilidade. Até porque a avaliação feita pelo assistente social lhe fará um privilegiado interlocutor. Possui dados, conhecimentos da situação do usuário que, repassados aos demais membros da equipe, permitem fluência nas ações a serem desenvolvidas. Isso faz com que, na avaliação de P.8, o assistente social seja hoje o profissional mais demandando em uma equipe: “Vendo as minhas demandas que para quem que eu ligo, ligo muito mais para ela e percebo que os colegas ligam muito mais para ela, mandam mais mensagem para ela do que até para o próprio enfermeiro ou médico da equipe, entendeu?”.

O fato de o assistente social dispor de informações que subsidiam a tomada de decisão dos profissionais de uma equipe se junta ao fato de o assistente social também conhecer os serviços que precisam ser acionados em diferentes circunstâncias. Nessa linha, a habilidade na comunicação também gera uma demanda de atuação do assistente social. Ele saberá quem é o melhor familiar com quem se deve falar sobre o transplante, onde o usuário poderá acessar serviços e recursos; fazer uma busca ativa do usuário que falta às consultas, contato com as casas de apoio, entre outros. O “saber-fazer” do assistente social, nesse contexto de relações entre serviços e seus sujeitos, é algo que também foi manifestado por profissionais dos serviços.

Há situações em que o profissional não é demandando explicitamente, mas por ser esse profissional dos contatos, das informações privilegiadas, constrói-se uma expectativa de que ele irá resolver. Há tensões e matérias cuja “propriedade” é incerta ou não é

devidamente assumida. Por isso, num cenário de indefinições, a habilidade será o critério para direcionar quem irá “atender”.

Às vezes, em prol do paciente, a gente quer resolver a coisa o mais rápido possível, mais bem feito possível, só que também a gente se envolve até demais em algumas questões, que, às vezes, por exemplo, é médico que tem que fazer, e tem que fazer, entende? [...] Então, às vezes, eu dou, assim, essas, né? “Não [assistente social], assim não vai tanto, entendeu?, divide um pouco, conversa com fulano, com sicrano, para não sobrecarregar”, porque se não é muita demanda para [o assistente social]. (P.8)

O conjunto “saber-fazer” na articulação intersetorial está bastante presente para definir demanda, considerando aí um entendimento das competências e, conseqüentemente, a expectativa de resultados, procedimentos e recursos disponibilizados pelo assistente social. Podemos referenciar que há serviços que são tipicamente acionados pelo assistente social – como o Conselho Tutelar. O estabelecimento de algum vínculo com os serviços de garantia de direitos é manifestado em todos os serviços pesquisados, entretanto, o Conselho Tutelar, visto como órgão de defesa dos direitos das crianças, ainda aparece como uma relação a ser estabelecida pelo assistente social.

Na Unidade de Emergência Adulto, os aspectos mais valorizados foram resultados, como a localização de familiares para obter informações que apoiem a avaliação clínica, viabilizem a alta. O trabalho do assistente social parece ocorrer em extensão e para viabilização do trabalho dos demais profissionais: “Geralmente, são pacientes que, idosos, muitas vezes, que depois não têm familiar conhecido pra vir buscar no momento da alta ou até mesmo pra conversar sobre o prognóstico, sobre o diagnóstico, sobre o tratamento. E a gente demanda da assistente social pra fazer o contato, pra ir atrás do familiar”, como relatou P.28.

É comum que essa indicação de resultado colocado ao assistente social no ato de demandar como repercussão de um momento limitado com o usuário. O profissional se coloca um limite para o levantamento de informações antecedentes, que nos parece ocorrer quando se entende haver um limite ligado à área de conhecimento e especificidade

profissional: “Talvez, se gente abordasse, a gente poderia dar mais informação, mas a gente acaba abordando só o essencial” (P.22).

Há uma particularidade na Unidade de Emergência situada na alta hospitalar, por isso, há um destaque aos recursos financeiros ou contatos com serviços para viabilizar o transporte. Disponibilizar esses recursos está incluso na expectativa de superar o problema da lotação da Unidade de Emergência. Entende-se que todos compartilham e agem a partir dessa pressão.

10.4 A demanda nas especialidades e práticas de filtros

A partir das entrevistas, foi possível compreender que demandar é parte do reconhecimento da existência da matéria-objeto de intervenção próprios da profissão que se expressa, a partir “do social”, acerca de necessidades dos usuários dos serviços. Portanto, no cotidiano, o que for “do social” tende a ser preservado e/ou transferido pelo exercício de demandar. “Sim, tem coisas que estão fora do meu alcance, principalmente quando cai nessa parte” (P.22). Contudo, muitas vezes, mesmo que seja considerado “do social”, certos filtros ou “cálculos” podem ser aplicados para avaliar se a demanda será realizada ou não. “A gente acha que um só não funciona, a gente precisa de todos. Às vezes, tem aqueles profissionais que querem abraçar tudo, mas isso não funciona. O melhor para o paciente é quando cada um na sua área do seu conhecimento consegue” (P.7).

Entre entrevistados em processo de formação (acadêmicos de Medicina e residentes), houve indicações de que a formação em serviço é fundamental na constituição das possibilidades de atuação dos profissionais. Entre profissionais em formação na Medicina apareceu a preocupação de identificar pontos de limite entre o que se consegue ou não resolver. É possível que tente resolver as questões menos complexas, “que são questões familiares de a relação pai e filho, assim, mais atrito, isso a gente tenta resolver. Tenta conversar com a família, tenta: ‘olha, pode ser assim e tal’”. O ponto de limite identificado pelo entrevistado é o que não está “visível”, “que tá acontecendo alguma coisa. Há mais por baixo dessa questão de discussão. A gente já aciona o serviço que é mais especializado que pode dar uma atenção maior, né?” (P.33). Outro exemplo é dado por P.11, quando trata de avaliar a situação de risco. A ideia de “não conseguir avaliar” indica que a demanda ocorre no

reconhecimento de o limite dispor de certas competências e habilidades que se encontram em outra especialidade.

Às vezes, usuários de drogas, por exemplo, eles pedem ajuda, então, daí, tu vê que é, poxa, é uma coisa que eu não vou conseguir fazer, é uma coisa que eu não vou conseguir acompanhar, né? Pela nossa rotina, pelas demandas que a gente tem na nossa área e que, com certeza, um outro profissional, outro profissional que faça isso, seria importante estar no contexto para conseguir fazer o seguimento dele, dar continuidade dessas demandas que eles pedem porque, assim, eu não consigo assim ver. Aí, eu não vou conseguir avaliar o ambiente [do paciente], eu não vou conseguir. (P.11)

De questionar se existem situações que deixam em dúvida se aciona ou não o assistente social (entre outras questões feitas), viu-se que práticas de “filtro” da demanda ocorrem cotidianamente para que os profissionais definam quem acionar e quando acionar. A configuração das situações que se apresentam nos serviços é importante e dela se desenvolverão critérios para o acionamento de outros profissionais. Esses filtros se estabelecem com a identificação de alguns pressupostos. A fala de P.29 é representativa e nos permite esse exercício:

Na verdade, a gente sabe que vocês atuam em milhões de lugares ao mesmo tempo. Eu não tenho dúvidas da atuação do trabalho de vocês, que é imprescindível, mas a gente também sabe que não dá para ficar chamando por besteira. Perde a credibilidade daí. Então, a gente acaba chamando realmente quando o negócio é mais gritante mesmo. O que a gente consegue resolver ali a gente faz, mas dúvidas mesmo eu não tenho. (P.29)

A partir da fala supracitada, é possível identificar alguns elementos que se constituem pressupostos que, articulados, levam à opção pela demanda: o assistente social atua em mais de um serviço; o trabalho do assistente social é imprescindível; não se deve acionar profissional sem propósito importante; conseguiria resolver sem o assistente social? É algo evidente, alarmante?

Nessa linha, P.28 “filtra” tanto a partir dos resultados possíveis com a intervenção do profissional quanto acerca dos serviços que cada área se identifica: dependendo da “estrutura fora que cada um trabalha, a gente já acaba sabendo mais pra quem direcionar [...]. Porque a Psicologia vai acionar CAPS [Centro de Atenção Psicossocial], vai acionar o serviço de Psiquiatria aqui dentro, vai acionar, às vezes, o IPq [Instituto de Psiquiatria]. Vocês já têm um conhecimento de rede mais de apoio de domicílio em casa”. P.14 usa pressupostos semelhantes ao de P.29, como o acionamento em casos imprescindíveis e não acionar em “casos” de menor importância, tendo em vista a sobrecarga do assistente social.

A prática desses “filtros” pode ser delegada ao próprio assistente social. O diálogo entre os profissionais acerca de uma dada situação serve de momento para definir atribuições e competências para atuação:

Na verdade, eu encaminho, se é ou não é, ela que vai me dizer. “Olha [profissional], isso não é comigo. Nós precisamos falar com determinada pessoa”. “Beleza, eu vou falar com determinada pessoa”. [...] É bem assim e a mesma coisa quando ela vem pra mim. Na dúvida, ela vem e eu: “Não [assistente social], isso aí eu não tenho como, vamos passar pra outro”. (P.2)

Outros profissionais afirmam fazer esse mesmo movimento (P.13; P.16; P.15; P.7; P.5). Há quem, na dúvida, acione mais de um profissional (P.9). Há quem acione o Serviço Social para participar desse “filtro” de acionamento de outros profissionais. A fala de P.26 indica que a avaliação sociofamiliar realizada pelo assistente social será mecanismo para o filtro de atuação de outros profissionais:

PESQUISADORA: E tem alguma situação que te deixa na dúvida se é para o assistente social ou outro profissional? Para o psicólogo, talvez...

P.26: Não, até porque vocês filtram bem. Vocês são os primeiros que a gente busca. Sempre são vocês que a gente busca primeiro [...]. Tem sempre um contexto familiar e a Psicologia a gente usa muito direcionada com os problemas sempre com vocês junto. A gente nunca chama só a Psicologia. Para nós, é bem claro.

Às vezes, esse “filtro” engloba certos grupos populacionais, como aponta P1: “Eles já não deixam sair uma pessoa aqui [do serviço] que tentou suicídio sem uma avaliação psicológica. Sei lá, pode ser uma ilusão minha, mas a percepção que eu tenho é que eles não deixam alguém sair daqui em situação de rua sem ter uma avaliação do Serviço Social”. Alguns depoimentos foram muito claros com relação à vinculação do acionamento do assistente social para o atendimento a esse público (P.24; P.23):

Eu não tenho coragem de dar alta para uma pessoa que não tem para onde ir. E não é só porque eu fico com pena da pessoa: é porque o meu trabalho não teve um ciclo encerrado. Não foi feito um diagnóstico, avaliação diagnóstica, tratamento e cura, digamos. Foi feito só um pedaço. Não se tem certeza nenhuma de que a pessoa vá melhorar se ela não tem nem casa, não tem nem o que comer. (P.23)

Outros grupos foram citados, como as crianças indígenas: “São crianças que são criadas em uma cultura muito diferente da gente e, às vezes, a gente nem sabe lidar. Tem a barreira linguística também. Então, é bem complicado. Tu não sabes se você está se fazendo entender ou não. Tu, muitas vezes, não sabes a história dessa criança” (P.29). Um grupo certamente privilegiado em todos os serviços pesquisados é a família, particularmente quando não atende às expectativas de realização de suas funções tradicionais: “Quem vai ficar, quem vai cuidar, quem vai trazer, quem vai buscar, o tempo todo” (P.6).

10.5 A demanda pela experiência de trabalho em equipe

Na direção do que as entrevistas nos permitiram acessar para compreender o processo de configuração da demanda de atuação de assistentes sociais por profissionais, a demanda ocorre como possibilidade dos sentidos do trabalho em equipe, como o de dividir responsabilidades frente às situações apresentadas pelos usuários: “Vou te falar que, sim, tira um pouco das nossas costas também, sabe?” (P.9). “Tem essa questão da multidisciplinaridade, que você pode dividir responsabilidades. Isso é muito bom” (P.1).

A formação na graduação parece já incorporar a relevância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, segundo os entrevistados. No entanto, ainda se adverte sobre sua insuficiência nos serviços, pois é na experiência que ele se efetiva.

É só quando tu estás inserido no campo que divide o teu trabalho junto com outro profissional e começa a conhecer a função desse outro profissional, a valorizar, começa a compartilhar, mas é no dia a dia (P.17).

Na relação de trabalho, eu acho que escola nenhuma, academia nenhuma vai ensinar à gente a prática do trabalho de equipe. Os textos, eles podem ser bonitos e podem nos basear nos princípios teóricos, marcos conceituais, mas eu acho que é só a prática que vai ensinar a fazer relações fortes em equipe, porque, muitas vezes, as relações em equipe, elas são fragilizadas. No medo de invadir espaço um do outro. Então é a prática que me torna forte, em saber como que eu trabalho com o assistente social. (P.17)

Se o trabalho em equipe ganha contornos e conteúdos mais fortes a partir da inserção no serviço, também ganhará o trabalho do assistente social para esse profissional. Ou seja, é na experiência que se conhece e se aprende sobre o Serviço Social e o trabalho com o assistente social: “Foi atuando com vocês, na experiência, na vida acadêmica, eu fui conhecer também como era a formação de vocês. Mas o primeiro contato com a prática de vocês foi na minha experiência prática. Depois você vai conversando e conhecendo melhor os profissionais e vai entendendo melhor o papel da prática deles também” (P.26). P.6 também aponta o que a quase a totalidade de profissionais confirmou: “Eu não tinha essa visão quando eu era só acadêmica, durante a faculdade. Eu comecei a ter um contato maior com o trabalho de vocês um pouco na minha Residência, mas mais aqui dentro do HU.”

Maior tempo das práticas de ensino em serviço (como identificado com a Medicina) antecipa e fortalece experiência de demanda de atuação multiprofissional: “A gente já via na graduação, com certeza, nas observações” (P.16).

Eu tive ao longo da faculdade. Eu peguei o currículo novo, que é uma coisa mais humanizada. Desde o primeiro dia de aula, a gente teve contato com periferia, para cuidar de pessoas da periferia, posto de saúde, vários locais. Para mim, isso sempre foi uma constante. [...] Às vezes, a gente chega e o paciente está lá e tem uma série de coisas relacionadas a questões sociais. Então, eu acredito que nunca desconsidere isso. Acredito que a maioria das faculdades e formação na graduação, isso sempre é relevado. (P.23)

A atenção básica é referência para esse processo: “A gente fez uma visita domiciliar no paciente que já tinha sido orientado, mas estava em condições precárias de novo. Daí ela entrou em contato com o Serviço Social pra revisitar eles, pra ver uma condição financeira pra melhorar a situação e tal” (P.33). Na formação em residência médica, o preceptor será figura central no processo de estabelecimento de referências a atuação: “Na Residência, a gente tem *staffs* muito diferentes um do outro. Então, a maneira como cada um lida é muito diferente. Tu vais achando uma maneira que se encaixa mais já na tua concepção, é muito desuniforme...” (P.22).

O tempo de experiência em uma mesma equipe é importante no aprimoramento das suas relações. Os filtros se aprimoram à medida que profissionais de novas áreas de conhecimento integram uma equipe.

Nossa demanda era tudo, tudo vinha praticamente para o enfermeiro, para o assistente social, tudo, absolutamente tudo. Não tinha um filtro, sabe? E a gente vai desenvolvendo instrumentos, orientações escritas, às vezes, melhorando o atendimento [...]. Enfim, a gente vai melhorando algumas coisas que já resolvem pequenas questões, né? (P.8)

Alguns profissionais informaram que seria possível tentar eles mesmos atenderem a situação que gerou a demanda ao assistente social, porém isso não ocorreu por falta de tempo, por exemplo, ou por insegurança, que poderia ser superada com um “pouquinho mais de conhecimentos” (P.20). Ocorre que, quando da ausência do assistente social, o Enfermeiro pode ser seu substituto. Os enfermeiros expuseram nas entrevistas a possibilidade de realizar certos atendimentos ou ações antes de demandar o assistente social. Há uma análise de “custo-

benefício” que se aplica, por exemplo, às situações “de menor complexidade”, como indica a fala abaixo:

PESQUISADORA: Em alguma situação tu já acabou tendo que assumir alguma coisa que tu achavas que era do assistente social?

P.13: A gente resolveu coisas mais corriqueiras, um transporte, questão de comunicação com a família do paciente que, às vezes, chega aqui. E aí quer avisar, quer pedir uma medicação. Então, essas coisas a gente acaba fazendo, porque eu penso, muitas vezes, que vai demorar muito mais para eu ligar para o Serviço Social do que pedir uma ligação e falar.

PESQUISADORA: Se o colega está aqui, tu pedes para ele fazer?

P.13: Ah, sim, peço, às vezes, eu peço. Sabe: “Ah, não precisa de tal coisa, precisa de uma medicação, não tem no hospital, não sei o que, como é que faz para conseguir?”. Essas coisas assim que a gente faz, né?, mas também se está aqui eu peço, se não...

No “exercício” das demandas, a Enfermagem tende a assumir a realização de certas ações, tende a expandir suas competências nos serviços (principalmente quando não há assistente social, como exemplificado abaixo) ou retomá-las, se há uma compreensão de que essa profissão realizava as atividades que foram delegadas aos assistentes sociais. Evidencia-se que a Enfermagem se coloca nesse “território do social” no hospital, o que é evidenciado quando P.14 fala de sua experiência de trabalho ou P.24 fala que a Enfermagem pode ser “muito social”. A necessidade de demandar também pode corresponder à falta de condições de “assumir” algumas “soluções”, respaldando, assim, a condição histórica do ingresso e constituição das profissões nos campos de atuação (P.13).

Tudo que eu puder passar pra vocês, que acho que vocês puderem resolver, eu vou passar. A não ser que fale assim: “A gente pode ir até aqui. Daqui pra frente, a gente não pode fazer mais nada”. Vou pensar: “Tá bom, pelo menos eu compartilhei com

elas. Não fiquei com o problema só pra mim, achando que tinha que ser só coisa da Enfermagem”. Porque a Enfermagem, às vezes, ela é muito social. A Enfermagem, às vezes, quer fazer o trabalho do social. E não é isso. Tem coisas que a gente pode, mas tem coisas que não. Se tem vocês, vocês têm que fazer, né? (P.24)

Serviço Social que a gente solicite e ele nos dê uma resposta. A gente fica segura porque se não é mais uma coisa que a gente tem que resolver e que, muitas vezes, a gente não conhece os caminhos legais ou institucionais mesmo. Que a gente não conhece e também não corre atrás de aprender, justamente porque tem alguém que faça para gente, né? (P.13)

PESQUISADORA: Tu tens avaliado a importância do trabalho dos assistentes sociais aqui para os pacientes, para a equipe, para a instituição?

P.19: É bem importante. Acho que eu não conseguiria viver sem, se não a gente teria que dar uma de assistente social.

PESQUISADORA: Tu já fizeste isso alguma vez?

P.19: Assim, a gente tenta agilizar alguma coisa. O pessoal diz que a Enfermagem faz de tudo um pouco porque é a gente, na verdade, que está aqui vinte e quatro horas com o paciente.

Quando eu comecei no serviço público do Estado [...], o número de profissionais era bem reduzido. Praticamente, os médicos não sabiam que tinha esse recurso a ser usado, então a enfermeira resolvia. (P.14)

Sobre a experiência de trabalho em um serviço de outro hospital público onde não atuam assistentes sociais P.23 relata:

P.23: São resolvidas de forma pragmática no mal sentido. Acabam delegando para a enfermeira toda a parte que caberia ao assistente social ou

psicólogo. Acaba tendo uma definição mais grosseira. Não vai ser resolvido da melhor maneira possível porque o profissional é de outra área e tem todas as demandas dela. Aí, precisa dar conta do fluxo daquela unidade.

Profissionais da Medicina reconhecem a possibilidade de identificar questões do “social”, porém, apontam falta de condições de atuar sobre essa matéria, seja pelas rotinas, seja pela busca de adequar as demandas dos usuários ao cumprimento de uma divisão do trabalho frente às necessidades apresentaas.

Na realidade, o médico que pede a orientação do Serviço Social. [...] Não que não quer, ele não tem como resolver as coisas do paciente. É um assunto mais longo, uma história de vida muito maior que, geralmente, não há tempo hábil para a gente escutar o paciente. (P.14)

[No serviço] é muito importante [...]. Então, a parte do médico é identificar e poder jogar pros setores certos, dar atenção e tal. Porque, às vezes, a assistência social faz um papel fundamental que a gente não tem, a gente não tem, às vezes, nem tempo de lidar com essas informações. [...] Algumas coisas a gente tenta resolver pela nossa parte. [...] Agora, tem um certo patamar que a gente já precisa de ajuda, precisa acionar alguém. (P.33)

Assim, a demanda ganha sentido no trabalho de um determinado grupo que encontra disponibilidade de respostas e atenção às necessidades dos usuários entre os profissionais disponíveis num serviço. Portanto, o assistente social será referência e ganhará sentido também no reconhecimento de legitimidade em certas áreas ou no “social”.

11. A PROCESSUALIDADE DA DEMANDA DE ASSISTENTES SOCIAIS A PARTIR DO SOCIAL

O presente estudo identificou que, no Serviço Social, a demanda tem designado tanto a forma fenomênica da matéria-objeto da profissão, sobre o que incide seu saber, assim como tem designado as práticas de requerimento ou acionamento profissional, seja por usuários, seja por profissionais. Em ambos os casos, estão presentes possibilidades forjadas sob distintas formas de apreensão da realidade social e as possibilidades de incidência dos campos de saber envolvidos, particularizando-se no campo das políticas sociais, dos serviços e práticas profissionais e nos arranjos multiprofissionais ou interdisciplinares. Num plano geral, as demandas em saúde se constroem cotidianamente e têm elementos constituintes que surgem de interações dos sujeitos usuários, profissionais e gestores, entre normas e práticas que os orientam (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Nos capítulos anteriores, buscou-se identificar e sistematizar as práticas e recursos dos profissionais das equipes de saúde para demandar a atuação dos assistentes sociais. Ainda, reconhecer referências e questões que se expressam na origem e conformação da demanda de atuação de assistentes sociais. Essa sistematização se alinha com as opções teórico-metodológicas do estudo para apontar que a demanda de atuação por profissionais nos serviços se constitui acerca da matéria-objeto de atuação (identificada como “social”) que se constitui contraditoriamente entre referenciais tradicionais e contra-hegemônicos.

Objetiva-se, nesse capítulo, avançar na compreensão da configuração da demanda de atuação a partir da processualidade, considerando que objetos, atribuições e competências são referências centrais. Dentre o que Franco & Merhy (2004) chamam de “micropolítica da organização dos serviços”, buscou-se tratar os processos microdecisórios do cotidiano, articulados com as formas estruturadas dos serviços, aquelas que informam e condicionam o processamento da ação; mas também as não estruturadas, que funcionam transversalmente dentro da organização e de um modo instituinte, o que se chamou de “arcabouço institucional”.

Trata-se, nesse capítulo, de localizar as demandas num campo de possibilidades que está em correspondência com certas condições e formas de organização do trabalho. Mais ainda: que a demanda está vinculada a recortes de objetos no processo de trabalho. Para demandar, aplicam-se conhecimentos, técnicas e valores, traduzidos à especificidade

de uma área. A clínica será referência nessa relação para os profissionais. Por último, aborda-se que, nessa configuração, a demanda conforma certas práticas de seleção que se articulam no cotidiano, nas rotinas, num processo que recobra elementos tradicionais da atuação do Serviço Social na saúde.

11.1 Tendências das políticas de serviços e a organização social do trabalho em saúde

A viabilização do projeto societário capitalista dará ao direito um lugar de destaque nos processos de hegemonia, assim como na consolidação das práticas modernas em saúde. O direito colocou historicamente a questão da viabilidade das sociedades capitalistas a partir de uma perspectiva de igualdade entre os indivíduos. Sob essa promessa, fixaram-se condições dessas sociedades manterem-se relativamente estáveis. O Estado capitalista, sob a lógica de processos hegemônicos, tende a ser inclusivo, comportando-se de modo a incorporar necessidades de setores cada vez mais amplos da população num sistema legal consensual⁷⁵.

Os modos de atendimento às necessidades de saúde firmados a partir do papel do Estado “são construções que decorrem de escolhas individuais e coletivas, contendo um arcabouço técnico-teórico, que inclui olhares e perspectivas diversas, justamente o que lhes confere um sentido de opções políticas”. Portanto, não são conformações isentas de interesses. “Traduzem um ideário que condiz com as agendas dos sujeitos políticos, influenciando e sendo influenciados pelas respectivas comunidades epistêmicas” (NOGUEIRA, 2002, p. 273).

Nessa direção, os direitos sociais se estabelecem estrategicamente nas inter-relações que compõem o processo social hegemônico. Os

⁷⁵ Davidson e Weekley (2003) avaliam que, em Gramsci, há um vínculo entre a discussão dos direitos e da democracia cujo fio condutor é o conceito de hegemonia: “Gramsci vê a democracia – o direito principal e decisivo na teoria progressista dos direitos – como uma contrafração, já que não deriva da razão autônoma do povo, mas de um conjunto de comportamentos impostos. Esta imposição nunca obtém êxito integral. Com efeito, se assim fosse, nenhuma posição contra-hegemônica jamais poderia ser elaborada. O capitalismo continua a se reproduzir como contradição, a qual, em seguida, é “racionalizada” numa infinidade de modos para enfraquecer a possibilidade de criação de uma força opcionista viável”.

direitos sociais mantêm-se alerta aos constantes movimentos presentes nos espaços institucionais. É assim que as propostas de atenção à saúde são constantemente atualizadas, incluindo as noções que correspondam ao seu *aggiornamento* para cada período e espaço (NOGUEIRA, 2002).

No bojo das contradições próprias da sociedade capitalista, as considerações acerca dos direitos se assentam na perspectiva da solidariedade como critério de ação de um Estado que se deve fazer democrático para conciliar suas ambiguidades (DONZELOT, 2007), mas também se assentam na atenção às necessidades humanas⁷⁶. As necessidades humanas tornaram-se um critério importante para a tomada de decisões políticas, econômicas, culturais e jurídicas. Sua atualidade refere-se à justificação da prática política e à fundamentação dos direitos socioeconômicos. Daí os direitos se situarem na base do reconhecimento do Estado (NOGUEIRA, 2002).

Contudo, os ciclos de reestruturação do capital afetam diferentes esferas da realidade social (econômico-trabalhista, sociocultural, territorial, familiar e de gênero, simbólico-cultural). Mais intensamente desde a década de 1990, logram êxito na e pela retomada do pensamento liberal, em que o Estado deve-se pôr “absenteísta”, com prioridades na reprodução do capital. Nessa lógica, o ideário de solidariedade ou o compromisso com a atenção às necessidades humanas é sobrepujado por um projeto de mercantilização da saúde. Imperativos macroeconômicos e as estratégias mercadológicas transformam a saúde em um objeto corriqueiro de consumo. É assim que a pobreza e a escassez de recursos tornam-se vetores de um deslocamento radical de sentido sobre o direito, deslocamento que captura a lógica da satisfação das necessidades, fragilizando seus vínculos jurídicos e políticos de cidadania social. Reforça-se uma lógica argumentativa que apela à qualidade, à pobreza e à crise econômica (ADELANTADO & GOMÀ, 2000; NOGUEIRA, 2002, p. 92).

Muito embora a Constituição Federal de 1988 e o SUS tenham se constituído a partir de um pacto centrado na saúde como direito universal, as alterações implementadas nos últimos anos (como se avaliou nas portarias ministeriais estudadas) acendem sinais de alerta quanto ao modo

⁷⁶ “Portanto, o direito à saúde, longe de ser entendido como uma decorrência de abstratos ideais humanitários, de solidariedade universal, de moralidade ética, de justiça social, de necessidade básica articulada à sobrevivência, deve ser apreendido enquanto relacionado aos complexos e intrincados mecanismos de mediação, próprios do sistema capitalista em seu estágio atual” (NOGUEIRA, 2002, p. 90).

como a organização do trabalho é uma opção central para instituir reformas no setor da saúde. Isso sem falar nas mais contundentes opções políticas “à la Temer”, que colocam muito francamente em pauta o projeto de subsumir a saúde de direito a mais uma mercadoria.

Como já abordado, no Serviço Social, compreende-se que as demandas profissionais estão atreladas à dinâmica das políticas sociais e às questões inerentes ao processo de constituição do direito à saúde. Tal posição implica reconhecer a imbricada composição de conflitos, protagonistas e interesses em cena (NETTO, 1996; MIOTO & NOGUEIRA, 2013). Assim, a preocupação de verificar as pressões institucionais no processo de constituição das demandas por profissionais nos serviços pesquisados guiou a abordagem dos textos das políticas que orientam os serviços de saúde incluídos no estudo.

Uma intensa institucionalização do trabalho em saúde no Brasil responde historicamente às políticas públicas de saúde. Elas têm-se constituído importante influência na qualidade e quantidade de recursos humanos incorporados nos serviços, já que é a partir de seus objetivos e características que se definem quais profissionais irão compor as equipes. As políticas também se atrelam às possibilidades de organização do trabalho em um coletivo à medida que propõem a atenção integral às necessidades de saúde dos usuários dos serviços (PEDUZZI, 1998).

A incorporação de distintos profissionais é, portanto, dinamizada no campo das políticas públicas a partir conjunto das relações e processos de elaboração que pesam critérios, interesses, pressões corporativas, expectativas e uma interlocução (difícil de mensurar e qualificar) com as experiências dos serviços e sua capacidade de tornar exequíveis as exigências postas no âmbito legal. Contudo, a incorporação dos profissionais nos serviços via políticas será uma forma de manter sob controle a constituição de saberes e práticas que se envolverão na atenção às necessidades de saúde da população.

À medida que publicadas, tais leis interferem na vida organizativa dos serviços. Reconhecem interlocuções e respostas às necessidades que constituem alvo das ações em saúde. Impõem formas de articulação, diretrizes e determinados objetivos a alcançar. Conforme os textos legais foram indagados na pesquisa, notou-se que não se altera significativamente a característica de incorporação das áreas profissionais. A linha mestra do sistema de serviços de saúde públicos ainda é a atuação médico-clínica.

Conquanto as políticas procurem reproduzir o universo das respostas tradicionalmente organizadas para responder aos dilemas de

saúde da população, pode-se tratar de duas questões que respondem às perguntas dirigidas aos documentos no âmbito da pesquisa: primeiro, que há uma incorporação controlada das áreas especializadas no campo da saúde. Esse controle garante a manutenção do *status* dos profissionais (num movimento de tensão entre formas tradicionais e formas alternativas ou emergentes) e de seus modos de interlocução. De modo geral, os documentos reiteram o caráter da demanda no sentido de recomposições possíveis dos trabalhos parcelares segundo interesses da agenda público-estatal. Uma segunda questão: a política incorpora determinadas inovações que, à medida que possam vir a ser aplicadas nos serviços, repercutirão no processo das demandas como parte de uma negociação autônoma dos sujeitos nos seus trabalhos cotidianos.

11.1.1 A incorporação controlada da especialização do trabalho em saúde

A preocupação de verificar as pressões institucionais no processo de constituição das demandas por profissionais nas políticas relacionadas aos serviços pesquisados permitiu identificar que elas garantem a incorporação controlada da especialização do trabalho em saúde. As legislações da Urgência e Emergência e as de Transplantes exigem a disponibilidade de profissionais de diferentes áreas nos serviços, enquanto não há previsão para os serviços de internação pediátrica. Um grupo de profissionais especializados é uma condição para o processo de credenciamento de serviços ou sua vinculação à rede. Isso demonstra que os serviços procuram alguma correspondência com as necessidades de saúde de uma população e, conseqüentemente, com os modos de atendê-las por meio do trabalho assistencial. Por outro lado, atendem às noções das profissões sobre as necessidades do público.

Por mais que sejam presentes e prioritárias, as referências institucional-legais não respondem sozinhas à formação dos grupos e equipes que atuam nos serviços de saúde. O exemplo do serviço de internação pediátrica importa para indicar que é a partir da experiência de organização das capacidades de atenção às necessidades que se constitui um grupo mínimo de trabalhadores para atuar. Falando-se de crianças e adolescentes, um público que notoriamente tem necessidades singulares, para quem se busca prioridade absoluta nos direitos, uma formação multiprofissional para a assistência é algo que está instituído nesses espaços mesmo sem demanda legal.

Enquanto, em algumas áreas, a legislação não é referência, em outras áreas, ela pode-se sobrepor, produzindo disputas na sua aplicabilidade. A dinâmica resultante dessa interação de leis sobre uma mesma área reflete a dinâmica da implementação das prerrogativas legais, pois alterações mais recentemente publicadas não se expressam efetivamente nos serviços. O processo de implementação é o elemento-chave da política, porém, no Brasil, segundo Yazbek (2001), em conjuntura de crise e mudanças, a política social tende a acentuar seus traços de improvisação e inoperância, funcionamento ambíguo e impotências.

Um elemento que vem sendo reforçado nas políticas de saúde recentemente publicadas é o trabalho organizado de forma multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2010a). Orienta-se que as equipes compartilhem informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares. As equipes multiprofissionais se referem a uma variedade de trabalhos especializados e, portanto, às relações entre as ações e os sujeitos das ações (PEDUZZI, 1998). Espera-se que as distintas áreas profissionais encontrem, no usuário e nas suas necessidades de saúde, o ponto de confluência do processo de trabalho.

As equipes tornaram-se formações indispensáveis nos sistemas de serviços sociais. Na saúde, são registradas desde a década de 1930, mas ganham relevância na Segunda Guerra Mundial, enfatizadas pelo caráter de racionalização do trabalho, visando atender a um grande número de enfermos em menor tempo. “A divisão do trabalho permite o significativo aumento da produtividade dos serviços e o aprofundamento qualitativo dos cuidados especializados, por outro lado acarreta uma fragmentação de ações que, por sua vez, apresenta desafios no sentido de alcançar alguma recomposição”. As equipes buscam recompor os trabalhos que se dividiram para atender à racionalidade (no sentido da melhor relação meios-fins) da atenção às necessidades de saúde. Como forma de recomposição, poderão responder à melhor maneira de racionalização, principalmente quando se mantêm os mesmos recortes de objeto e o mesmo modelo assistencial (PEDUZZI, 1998, p. 35).

As equipes – como grupo secundário, ligado por funções, atividades e intervenções – guardam uma disputa entre constituir-se agrupamento de agentes ou profissionais, caracterizada pela fragmentação, ou constituir-se pela integração de trabalhos, consoante à proposta da integralidade das ações de saúde e à necessidade contemporânea de recomposição dos saberes e trabalhos especializados.

Sob inspiração das vertentes atuais da Saúde Coletiva, que ganharam algum espaço na gestão federal entre 2003 e 2016 e imprimem nas leis algumas das suas reivindicações para o sistema de saúde, as equipes seriam justificadas nos serviços pelo rompimento com a divisão do processo de trabalho segundo recortes verticais; com a responsabilização de profissionais sobre um conjunto de problemas delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los; por último, possibilidade de facilitar a superação das forças burocráticas que caracterizam os serviços públicos (PEDUZZI, 1998; BRASIL, 2010a).

O trabalho em equipe aparece particularmente reivindicado nas políticas para os serviços hospitalares, visando à elaboração do Projeto Terapêutico Individual e também aos quadros clínicos complexos ou de alta vulnerabilidade social. Percebe-se uma tensão para que as equipes respondam tanto à racionalização como à recomposição de saberes, muito embora seja no trabalho cotidiano que essas dimensões se expressem. O que as entrevistas apontam é que racionalização do trabalho e recomposição dos saberes são dimensões que convivem nos cenários das práticas e respondem às inter-relações entre os profissionais das diferentes áreas.

Verificou-se que a política gera uma tensão para incorporação de mudanças que nem sempre encontram correspondência com os sujeitos envolvidos ou condições objetivas que possam efetivá-las. Responde a isso a organização das práticas baseadas fortemente na rotina e no compartilhamento de uma preocupação com a otimização da ação médica-curativa. As ações desenvolvidas pelas demais áreas profissionais nos textos das leis ficam remetidas a atividades complementares ou contingenciais às falhas das redes primárias e secundárias extra-hospitalares.

As políticas que orientam os serviços de saúde confirmam a incorporação controlada e diferenciada dos profissionais nos serviços. Tal confirmação é sutil e situa-se, por vezes, em paralelo a perspectivas de composição de equipes multiprofissionais, privilegiando a interdisciplinaridade em relações horizontais. Os últimos textos legais publicados nas áreas abrangidas no estudo querem combater a verticalização, mas o *status* das áreas profissionais não médicas é garantido: o lugar de subsídio à prática central, que é médico-clínica.

Como foi ressaltado, há, nos serviços de transplante, por exemplo, a previsão de atuação de duas equipes distintas: a especializada ou um “corpo clínico” (exclusivamente da área médica); e um “corpo multiprofissional”, que vai agregar serviços e infraestrutura. Ou, como

ocorre na área de urgências e emergências, que deve contar com equipe em tempo integral, composta por médicos especializados e equipe multidisciplinar. Complementa-se que médicos e enfermeiros contarão com uma equipe multiprofissional de referência. Na direção das atribuições, como encontrado na legislação de transplantes, cabe aos profissionais “não médicos” prestar apoio em tempo integral às equipes especializadas, que são médicas. Isso revela que, além da previsibilidade de uma incorporação diferenciada, também o centro das práticas das áreas conhecidas como “de apoio” pode não ser o usuário, mas as necessidades dos médicos e enfermeiros.

No horizonte da incorporação dos profissionais, foi possível identificar que há uma forma estratégica nas políticas de colocar os profissionais “de apoio” definitivamente nesse lugar, em que permanecem mais distantes de autonomamente desenvolverem suas propostas de trabalho com os usuários. É a prática do “matriciamento” também se colocando na dinâmica das demandas de atuação profissional nos serviços hospitalares. Realidade na atenção básica para dar suporte às equipes de saúde da família, o matriciamento no hospital quer garantir “retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando à atenção integral ao usuário” (BRASIL, 2013a, p. 05). Quer significar um rearranjo para reforçar o trabalho em equipe a partir de conceitos como o de “Clínica Ampliada”⁷⁷.

O matriciamento pode ser uma abordagem de trabalho multiprofissional acertada quando valorizado o processo de trabalho com foco no cuidado dos usuários. Contudo, interdisciplinaridade é um conceito ainda distante, imperando nos serviços as formas de atuação pela expectativa da atenção direta a uma demanda dos núcleos de saber específicos. Outras são as questões que envolvem essa forma de organização do trabalho, como a sobrecarga de trabalho, a alta

⁷⁷ A Clínica Ampliada é um dispositivo de atuação que propõe o aumento da autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. Propõe também a integração “da equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado”. BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Dicas em saúde: Clínica Ampliada*. Disponível em:

<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html>. Acesso em: 12 jan. 2018.

rotatividade de profissionais, o predomínio das ações clínicas individuais sobre as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde. As precárias condições de trabalho refletem-se nas possibilidades de atuar a partir do preconizado pelas políticas. O assistente social acaba atuando majoritariamente a partir do que identificam profissionais de outras áreas de conhecimento, que privilegiam as ações assistenciais com foco nos resultados clínicos⁷⁸. E ao considerar-se a valorização da dimensão quantitativa do trabalho, a demanda reprimida da população por cuidados clínicos, as equipes tendem a encontrar-se sobrecarregadas de trabalho e de responsabilidades para responder a números de consultas e procedimentos, distanciando-se do cuidado integral como foco do trabalho (FITTIPALDI, ROMANO & BARROS, 2015; MARTINI, 2017).

Nos hospitais públicos, não existem condições objetivas de trabalho melhores que os centros de saúde, o que implica avaliar o quanto o matriciamento será mais uma forma de controle e de focalização do trabalho multiprofissional às questões que interferem na dinâmica custo-benefício da instituição. O hospital se fixa nas políticas dos serviços como lugar do quadro agudo com claras delimitações pela possibilidade de abordagem da especialização médica (clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e traumatológicas). Todas as estratégias de atenção multiprofissional devem adaptar-se bem a essa perspectiva. Prevê-se, nessa direção, a diminuição da ocupação inadequada de leitos de urgência e de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a redução as internações recorrentes e o aumento da rotatividade dos leitos. Nota-se a busca por conciliações difíceis. De um lado, a busca pela efetivação de uma clínica ampliada e do trabalho multiprofissional horizontalizado, quando os profissionais se esforçam para fazer com que as equipes deixem de ser um quadro retórico e uma intenção. Do outro, por exemplo, a promoção de altas hospitalares em tempo ótimo, com corresponsabilização familiar e intersetorialidade (BRASIL, 2012c), enquanto as famílias vivem em condições de alta vulnerabilidade social e

⁷⁸ Ao investigar a experiência de trabalho do Serviço Social no NASF de Florianópolis, Martini (2017, p. 223) identifica que a atuação do assistente social “é limitada pelas condições de trabalho, pela falta de recursos humanos, espaço físico, recursos materiais, pelas orientações e normativas municipais que priorizam ações assistenciais às ações de promoção, prevenção, articulação intersetorial e de mobilização social e pelas orientações que se distanciam da proposta inicial indicada no âmbito nacional”.

os serviços das políticas sociais de seguridade social pouco se articulam e esmorecem diante do subfinanciamento.

As atribuições profissionais dos assistentes sociais, assim como as de profissionais de outras áreas, não estão previstas nos textos legais. Existem indicações mais precisas quanto às atribuições de médicos. Estão asseguradas atribuições na regulação de serviços e em definições acerca das trajetórias assistenciais dos usuários. As leis colocam os médicos no foco das relações interinstitucionais e na gestão da rede dos serviços. Na legislação de transplantes, ficam evidentes as atribuições médicas, enquanto todo o processo de trabalho em equipe que ocorre antes e depois da cirurgia, crucial para o sucesso do tratamento, sequer é mencionado. Essa é uma forma de expressar protagonismos, atores dominantes. As leis têm um papel a cumprir no desempenho hierárquico e especializado na organização do trabalho em saúde.

Há uma indicação em uma das portarias de Urgência e Emergência sobre a atuação do assistente social: a “assistência social” (BRASIL, 2002a). É uma expressão que aparece no texto da política, mas é também corriqueira nos espaços de atuação profissional. Muito provavelmente longe de indicar uma confusão com a política pública e o direito social, está indicando a ação de assistir, auxiliar naquilo que concerne ao social, matéria que o assistente social terá autoridade técnica e legitimidade.

A demanda de atuação profissional dos assistentes sociais será parte das inter-relações engendradas em serviços cujas referências legais, de forma tênue, porém de modo suficiente, se conciliam às formas e práticas que têm a força de se instituírem nos espaços de assistência em saúde. Há muito tempo critica-se a medicina desenvolvida no interior da divisão do trabalho em torno da tarefa do diagnóstico e do tratamento das doenças. O Estado parece não abrir mão de afiançar interesses hegemônicos, embora tenha se movimentado em torno da incorporação das perspectivas que emergem pelas correntes que nascem contra-hegemônicas no âmbito da Saúde Coletiva.

11.1.2 A incorporação de estratégias de controle das decisões nos processos de trabalho em saúde

Demonstra-se, na abordagem do corpus documental, que as políticas dos serviços de saúde passaram por uma espécie de reorganização com base no fortalecimento da proposição de redes de atenção para assegurar resolutividade. São presentes os conceitos da

economia: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos, integração vertical e horizontal, processos de substituição, entre outros (BRASIL, 2010a).

Segundo Mendes (2001), referência nesse processo, como exposto no texto da portaria ministerial que institui as redes (BRASIL, 2010a), essas constituem respostas aos sistemas fragmentados que, ao invés de responsabilizar-se pela saúde de uma população, centram-se em atender pessoas doentes e, quando muito, a alguma atividade de prevenção. Segundo o autor, a fragmentação dos sistemas de serviços de saúde pode ocorrer em quatro dimensões: “a fragmentação da atenção à saúde, onde cada ponto de é uma peça solta de um quebra-cabeça; a fragmentação entre os sistemas clínicos e os sistemas administrativos; a fragmentação entre o sistema de serviços de saúde e de assistência social e a fragmentação entre o sistema de serviços de saúde e outros sistemas econômicos e sociais” (MENDES, 2001, p. 73).

As mais importantes experiências que constituem as matrizes para o desenvolvimento de sistemas integrados de serviços de saúde são: “o movimento universal de desospitalização, a viragem ambulatorial canadense, a substituição europeia e a atenção gerenciada americana”⁷⁹. Já observando a possível implantação das medidas de integração dos sistemas para o SUS, Mendes (2001) sugeria o aproveitamento de estratégias dessas matrizes adaptadas às singularidades brasileiras. Da atenção gerenciada, defendia a implantação de instrumentos de gestão da clínica (MENDES, 2001, p. 78).

A abordagem das políticas de serviços deixa visível o esforço para que se crie no SUS uma cultura em torno da atenção gerenciada. Esse é o ponto que se identificou estar mais atrelado a possíveis pressões em relação à dinâmica das demandas de atuação profissional nos serviços de saúde. Isso porque remete a mecanismos de intervenções em microprocessos decisórios, “lugar” das demandas de atuação nos processos de trabalho em saúde.

⁷⁹ Segundo Merhy (2002), a atenção gerenciada pode ser datada da década de 1970. Aparece nos Estados Unidos, no contexto do combate aos altíssimos custos das ações de assistência. Particulariza-se na microdecisão clínica, que ocorria nos serviços. “Toma-se a possibilidade de transferência do processo de decisão, sobre as ações de saúde a serem realizadas nos serviços, do campo das corporações médicas para os administradores”. A adesão dos governos dos países latino-americanos a essas propostas para os sistemas de serviços de saúde ocorre combinada a um processo privatizante dos serviços (MERHY, 2002, p. 70).

Espera-se que a gestão da clínica pautada na aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde torne possível alcançar ótimos padrões clínicos, aumentar a eficiência e a efetividade dos serviços; diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais. Diretrizes Clínicas são as principais ferramentas e devem ser elaboradas como recomendações para decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços. Orienta-se que deve incorporar evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia (BRASIL, 2010a).

Para Merhy (2002), o grande conflito atrelado às práticas da atenção gerenciada são as formas como esses mecanismos de intervenções em microprocessos decisórios podem ser capturados pela racionalidade administrativa e financeira, em que pesa a melhor linha de produção com o menor custo. Mendes (2001, p. 139) também avalia que essas ferramentas ligadas à atenção gerenciada, como são os protocolos clínicos⁸⁰, apesar de cada vez mais utilizados, “podem ser impositivos ou voluntários, rígidos ou flexíveis e estar ligados a sistemas de incentivos positivos e negativos”.

Fomentada por organismos internacionais, a proposta de atenção gerenciada é aparentemente neutra, ligada a modelos de gestão organizacional. Contudo, pode ser considerada um tipo de inovação no campo da organização dos atos de cuidar, por onde estrategicamente se operacionalizam reformas dos sistemas de saúde em prol dos interesses do capital financeiro no setor, que torna imprescindível o controle os custos dos projetos terapêuticos (MERHY, 2002).

A atenção gerenciada inova na produção de tecnologias de gestão de processo de trabalho e saúde. As decisões administrativas sobrepujarão outras. Impõe-se uma nova forma tecnológica de constituir o próprio ato de cuidar e o modo de operar a sua gestão.

Esse processo procura promover a troca de um médico centrado em procedimentos por um outro, ordenado a partir das relações cuidadoras, mas opera essa transição afirmando mais um cuidador do capital do que um cuidador do usuário. [...] Seu eixo é a produção de um projeto terapêutico que

⁸⁰ Os protocolos clínicos podem ser definidos como “recomendações preparadas de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões a respeito de intervenções de saúde, ligando avaliação tecnológica e garantia de qualidade” (MENDES, 2001, p. 138).

permita o controle da incorporação de tecnologia de alto custo, nem que isso custe a própria vida do usuário. (MERHY, 2002, p. 111)

Os ciclos de acumulação capitalista são altamente dependentes das inovações tecnológicas. Isso sempre implicou alterações significativas no parcelamento dos processos de trabalho, no mercado de trabalho, no perfil da qualificação dos trabalhadores, nos processos de troca, entre outros. As reestruturações produtivas, calcadas nessas inovações, no setor da saúde, são marcadas por duas grandes proposições: a) pela “modelagem” da gestão do cuidado em saúde, que inclui os estabelecimentos e neles a produção dos atos de saúde, bem como o campo da organização das políticas do setor; b) pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos (MERHY, 2002).

Na saúde, a reestruturação produtiva está estrategicamente articulada no terreno das tecnologias e não equipamentos: “o território das tecnologias leves e leves-duras, e que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las”. Essas são tecnologias que se configuram em processos de intervenção em ato. São tecnologias de relações, de encontros de subjetividades e comportam um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção (MERHY, 2002, p. 27; 29-30).

A grande questão é a submissão dos projetos terapêuticos ao controle de custo – um projeto capital centrado. Redução de custos envolve a redução de riscos e quaisquer “eventos” evitáveis que impliquem recursos desnecessariamente. Nessa direção, ferramentas de gerenciamento, como as “Boas Práticas de Funcionamento” ou ações para “segurança do paciente”, reiteram a necessidade de colocar o trabalho em ato sob formas de gerenciamento, previsibilidade e, portanto, de controle. É nessa direção que se impõe que normas, rotinas e procedimentos técnicos, escritos e atualizados, de todos os processos de trabalho sejam elaborados e dispostos em local de fácil acesso (BRASIL, 2011e; 2013c).

É possível indicar que a submissão do trabalho a fluxos e protocolos pouco flexíveis possa ajudar a resolver o problema da rotatividade dos trabalhadores na área. Protocolos que abranjam toda uma rotina minimizariam problemas ou facilitaria resolver as questões relativas à substituição de mão de obra. O trabalho “protocolado”,

“parametrado”, mais “capturado” é exigência aplicável para serviços públicos e privados, o que significa que são restritos os “espaços” para dissonâncias e abrangente é sua aplicação.

Na esteira desse processo, tem sido comumente requerido dos assistentes sociais e dos demais profissionais da saúde a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão – POPs. Sua elaboração é vista como algo difícil e de fato o é, pois torna-se complicado antecipar ou prever, em etapas descritivas, um processo de trabalho baseado em tecnologias leves e leves-duras, que evitam o encarceramento pelo procedimento ou que não contemplam os equipamentos.

As pressões sobre o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato a partir de estratégias que se conformam através de diretrizes, protocolos e outras microferramentas descentram o trabalho em saúde do trabalhador e até mesmo dos equipamentos. Os projetos terapêuticos são integralizados por saberes da economia e da saúde “que permitam realizar uma gestão do cuidado de custo controlável, vários projetos tecnológicos de intervenção na prevenção de risco ou de seus controles, com uma certa forma de incorporação da epidemiologia e seus modos de fazer ações de saúde” (MERHY, 2002, p. 108).

Está em curso um projeto que coloca a tomada de posse dos espaços microdecisórios no campo da administração sob a lógica custo-benefício financeiro, o que implica que as relações interprofissionais ou em equipe sejam parametradas por essa lógica. Demandar a atuação de profissionais tende a ser algo predefinido ou delimitado nem sempre pelos sujeitos interessados ou definido com a participação do profissional potencialmente demandado.

A produção de microferramentas refere-se à produção de tecnologias leves-duras (caixas de ferramentas gestoras de processos organizacionais produtivos), o campo da gestão organizacional, que visa à captura do trabalho vivo, transformando-o em morto. É dessa forma que as capturas do trabalho vivo em ato por essas ferramentas podem expressar também uma tensão entre autonomia e controle (MERHY, 2002).

Almeja-se que os hospitais sejam os locais onde mais incidirá esse projeto. Há uma forte tendência de destinar uma política específica para o hospital, que deve constituir-se um novo hospital a partir de alternativas eficientes. Para o capital, é preciso que o hospital torne-se uma estrutura menos resistente a mudanças e mais aberta às estratégias de mercado.

Assim, atrelado ao movimento de captura do trabalho em ato a partir de práticas de gerenciamento da atenção, alinha-se a outras

estratégias que conferem à demanda de atuação uma articulação com questões já conhecidas pelo Serviço Social. Os assistentes sociais se inserem historicamente nos hospitais para conhecer antecedentes sociais e o ambiente em que os pacientes viviam, assegurar a realização do tratamento, preparar a família para o cuidado (VIEIRA, 1980). Almeja-se que os protocolos clínicos, ferramenta de controle pela padronização do trabalho e do uso racional de recursos, revigorem o “combate” pela garantia do uso dinâmico dos leitos hospitalares, pela diminuição do tempo de espera para atendimento, pela definição de critérios de internação e alta, a fim de evitar o “fenômeno” da internação social, por exemplo.

A proposição de microferramentas de gestão é colocada pelas políticas que enquadram os serviços em uma conciliação complicada, se observadas as condições de trabalho no SUS e quando houver nas instituições um difícil processo de ruptura com as práticas tradicionalmente desenvolvidas. Isso significa que, como é comum na cena legal brasileira, há um *gap* entre o que a legislação preconiza hoje (a exemplo do trabalho multiprofissional de forma horizontal) e o que de fato ocorre nos serviços.

Nesse caso, como apreciado, mesmo que as políticas definam a aplicação dessas microferramentas, é preciso considerar que seu desenvolvimento e implementação não se fazem sem o atravessamento da cultura organizacional brasileira, que tende mais ao autoritarismo e ao incipiente controle social, donde a preocupação de que os protocolos e diretrizes sejam definidos alheios aos seus protagonistas e interessados (trabalhadores e usuários).

É preciso indicar ainda que os serviços de saúde organizam-se não somente pelas orientações legais, mas por aspectos que se firmam nas instituições e nas formas que tradicionalmente se convencionam em torno das respostas sociais oferecidas às necessidades de saúde. O trabalho nos hospitais é resultado de uma variada gama de negociações entre uma diversidade de profissionais com formações distintas. Como se observou nas entrevistas, os profissionais assumem outras referências, mais fragmentadas, elaboradas com outros elementos que demonstram que as práticas não são reflexos do que as legislações exprimem. As estratégias de racionalização das práticas funcionam sempre em tensão com os referenciais profissionais.

Ademais, deve-se considerar o conjunto de pré-condições para que essas microferramentas sejam aplicadas, como um quadro de mão de obra suficiente, o que não ocorre atualmente, como observado nas entrevistas.

Outra questão que chama atenção em relação às complicadas combinações é a incorporação do controle da produtividade e o estímulo à competitividade a partir da organização da remuneração dos serviços pela contratualização (o pagamento por desempenho institucional é uma das perspectivas das ferramentas de microgestão), sendo que ficam absolutamente desprivilegiadas as estratégias de participação e controle social. Nessa direção, as estratégias de empoderamento dos usuários passam mais pelas condições de administrarem a própria doença do que para que sejam sujeitos políticos ativos na condução do interesse público dos serviços. Não há indicativos do papel dos profissionais nas estratégias de participação e controle sociais. Há sim uma grande referência à demanda atrelada à definição e execução de planos terapêuticos que se centrem “nos casos”.

Em suma, as políticas estudadas demonstram a busca por conciliar tendências que respondam favoravelmente ao ideário dos ajustes dos sistemas de serviços de saúde na linha dos interesses do mercado. Identificam-se elementos considerados favoráveis ao ideário pautado na perspectiva do ajuste estrutural: os encargos familiares na repartição dos custos da atenção sanitária e intensificação dos cuidados assistenciais e promocionais da saúde; a busca por uma nova solidariedade, fomentada pelo Estado e pelo mercado, com o objetivo de reduzir os gastos com a saúde; e a redução da esfera pública na saúde, com a transferência do controle social para o controle sobre a qualidade dos serviços, com o apelo ao individualismo e à família como agentes econômicos e políticos (NOGUEIRA, 2002).

Por outro lado, a busca por atender e efetivar dispositivos reivindicados há longa data pelas correntes da Saúde Coletiva abre espaço para disputar a produção de práticas que efetivem a produção horizontalizada de práticas, muito embora a disputa com o matriciamento e as microferramentas de gestão produza contradições no plano da autonomia de atuação dos profissionais.

Sobre o contexto de disputas, Jamra, Cecílio & Correia (2016), em estudo sobre a introdução de práticas racionalizadoras da assistência (que incorporam elementos de previsibilidade, redução da variabilidade e controle do trabalho), identificaram que há um “alinhamento moral” dos médicos às estratégias racionalizadoras adotadas pela direção do hospital. Os profissionais tendem a se identificar com a “moralização” da vida organizacional. As divergências com a gestão aparecem explicitamente relacionadas aos salários. Contudo, há uma “resistência” dos médicos às medidas racionalizadoras que ocorre em ato, ou seja, na realização do seu

trabalho juntamente com outras categorias profissionais, expressa “na criação de redes informais de contatos e conhecimentos, e que vai produzindo fluxos, modos de funcionamento do hospital, de produção do cuidado, que extravasam a racionalidade, o formalismo e a previsibilidade desejados pela direção”. Sendo assim:

É na sua prática cotidiana, na responsabilização que assumem pelos pacientes, nas articulações que fazem com seus pares, dentro e fora do hospital, atuando segundo seus critérios e valores, que os médicos “resistem” à construção de um mundo hospitalar totalmente formatado, previsível e controlável. Os médicos resistem não por meio de “contraestratégias” ativas e conscientes, como se tomou como pressuposto no início do estudo, mas por sua movimentação cotidiana na produção do cuidado e na articulação incessante que fazem com os outros atores, aí incluídas as demais categorias profissionais, os pacientes e seus familiares. É através da realização de pequenas “contravenções”, da quebra de regras, da flexibilização das normas que o médico resiste ao projeto de um mundo totalmente racionalizado e previsível. É isso que ainda “bagunça” a pretensão de racionalidade plena. (JAMRA, CECÍLIO & CORREIA, 2016, p. 92-93)

Nesse trânsito, as políticas de saúde numa sociedade capitalista se posicionam na organização social e econômica do trabalho em saúde, contemplando, no processo hegemônico, formas de dominação e de emergência controlada de projetos alternativos de oposição, mas que, em geral, reforçam o estabelecimento/reprodução de nichos de controle e poder, o que implica, portanto, sujeitos e a hierarquia em que se enquadram. Ao observar que é no trabalho em ato que podem se manifestar resistências à racionalização plena do trabalho, o grande desafio é saber operar a gestão dos estabelecimentos de saúde e dos processos de trabalho de outra maneira, anti-hegemônica, o que, segundo Merhy (2002, p. 39), ocorre pela constituição de organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, “além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos”.

A demanda de atuação dos assistentes sociais é capturada pelas pressões desse contexto de combinações difíceis, que colocam para a atuação profissional um cenário controverso em que controle e autonomia se interpõem. A autonomia que, segundo Freidson (2009), é o grau em que o trabalho pode desenvolver-se independentemente do controle organizacional, da supervisão ou referendo médico; ou ser desenvolvido para os pacientes independentemente desses referendos. Como afirmam Malta & Merhy (2010) acerca dessa disputa:

Uma coisa é pensar o trabalho em equipe como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, papéis hierárquicos e rígidos; a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária, articulando um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado. (MALTA & MERHY, 2010, p. 599)

Os dados encontrados indicam que, na prática cotidiana dos profissionais, ainda não ganharam força os modelos de gestão que “capturam” o processo de trabalho. No momento, enquanto as combinações das políticas publicadas até 2016 colocaram em cena combinações difíceis (nas quais os “avanços” também buscaram garantir alguma legitimidade frente aos segmentos progressistas da área), mas que não ganham vigor nos serviços, o cenário das políticas é tenso e catastrófico. Mais indica que as conquistas legais feitas no âmbito do SUS se tornarão “letra morta”.

Em dezembro de 2016, foi aprovada a Emenda Constitucional 95, que congelou por 20 anos os recursos destinados às políticas sociais; e, em 2017, foi aprovada a revisão da Política Nacional da Atenção Básica, que ajusta a assistência ao corte de gastos numa área central da atenção à saúde. Em essência, a revisão “resultará na desorganização da Atenção Básica, na redução de profissionais e da oferta de serviços, na piora da qualidade do atendimento e, conseqüentemente, na piora da saúde da população”. Outro exemplo, no campo da saúde mental, a reclusão social longa será a principal área de investimentos, indicando um retrocesso em termos de modalidade assistencial, a manicomialização subjugando os serviços substitutivos (STEVANIM, 2017).

11.2 Processos de trabalho em saúde: em direção ao “social”

Nessa pesquisa, buscou-se capturar aspectos da processualidade que configuram a demanda de atuação de assistentes sociais por profissionais no contexto de equipes de serviços hospitalares. Verificou-se que a criação de respostas às necessidades de saúde depende de um tipo de interação e recomposição dos trabalhos especializados, em que se expressa a demanda de atuação. Essa recomposição é mediada pelo uso de “tecnologias” (tal como expressa Merhy [2002]), próprias de cada área, que permitem processar as necessidades a partir de respectivos objetos, capturando-os ao mesmo tempo em que os recortando. Busca-se, nesse item, trazer os elementos que atravessam esse processo, considerando a organização, as condições de trabalho e o papel das “tecnologias” das áreas profissionais, particularmente da clínica, na relação com a matéria-objeto “social”.

11.2.1 Cotidiano, autonomia e articulações profissionais

O trabalho vivo em ato, aquele que ocorre no exato momento da sua atividade produtiva, vai além dos limites do instituído e provoca permanentemente novas instituições. Profissionais e seus projetos transformam-se nesse momento. As mudanças introduzidas nos processos operacionalizados no cotidiano expressam o exercício de certa autonomia, pois não se está completamente aprisionado em um conjunto de normas, que sempre buscam interferir sobre o modo como as ações serão efetivadas (MERHY, 2002; PEDUZZI, 1998).

É preciso considerar que os processos de trabalho na saúde são fortemente atrelados a rotinas, em que estão compreendidas as estratégias de recomposição do trabalho, que se fazem, nos casos estudados, em diferentes graus de integração/segmentação. A rotina é face dessa cotidianidade, em que se operam os recortes da realidade sob processos de trabalho distintos, implicando o formal e o informal. Essas rotinas podem ser identificadas a partir de uma composição que abrange a caracterização do público, o modo como o trabalho é coordenado intelectual, temporal e espacialmente pelas escalas, pelos setores, técnicas, atribuições, e pelo reconhecimento (às vezes, “bruto”) do produto do trabalho, como “atender às fichas”.

As rotinas são uma perspectiva bastante expressiva das práticas realizadas tradicionalmente. As práticas rotinizadas são forças com grande significado e positivamente valorizadas em serviços como os do

hospital. Essa força da rotina manifesta o sentido de um “passado”, que se recrudescer no presente, geralmente garantindo a continuidade daquilo que é dominante. São previstas no âmbito legal e, no cotidiano, valorizadas para garantir o cumprimento das tarefas. As demandas de atuação dos profissionais se circunscrevem às rotinas, que são esse “lugar” de perpetuação do passado, mas também o “lugar” das disputas e da emergência do novo, tornando este um permanente campo de negociações.

Nos serviços de saúde, por conseguinte, organiza-se um “arcabouço institucional” que manifesta propriedades do tradicional e do emergente, do formal e do informal. As normas e legislações concernentes à área são submetidas a espécies de “releituras” ou “realocações”, criando-se divergências entre aquilo que “projetam” e o que de fato é executado nas práticas pelos profissionais nas equipes. A “baixa adesão” a aspectos das conformações legais frente ao que se organiza como um “arcabouço institucional” ocorre por algumas razões, como se identificou nas entrevistas:

- a) a impossibilidade de sua efetivação nos espaços dos serviços em função do quantitativo profissional defasado;
- b) a inadequação da estrutura física;
- c) a gestão inadequada da rede de serviços e a baixa interlocução institucional. Permanece em evidência a questão da transformação do hospital em espaço médico – o problema de receber os doentes através de parecer e requerimento dos médicos (FOUCAULT, s.d);
- d) as disputas entre os profissionais e como as desigualdades entre elas se manifestam nos serviços, como ocorre no questionamento do médico sobre a avaliação da enfermeira na classificação do risco;
- e) as necessidades de saúde têm variadas manifestações, nem sempre reconhecidas ou possíveis de serem capturadas nas suas distintas dimensões no campo institucional-legal. Como também se expressou nos relatos, há questões da realidade que não “cabem” em protocolos.

A vigência desse “arcabouço institucional” permite, então, apontar que as diferentes áreas profissionais elaboram para si “critérios e regras” próprios para prestar assistência a usuários e seus familiares e para organizar as atividades entre si: critérios de atendimento ou práticas de priorização e trocas, conjugando um universo de perspectivas e condições

objetivas de trabalho. Daí admitir-se o estabelecimento de “protocolos possíveis”. Demandar o atendimento de outro profissional ou ser demandado é fruto da possibilidade de poder conhecer esse conjunto de normas que circulam nos serviços, de fazer sua apropriação e efetivar seu uso.

Nessa direção, os “protocolos”, no âmbito da realidade dos serviços, tendem a ser assumidos como convenções que articulam: a) orientações institucional-legais; b) orientações do campo de saber de cada área profissional; c) os limites e possibilidades frente às condições objetivas de trabalho nas particularidades de cada serviço. Nessa direção, chamaram atenção duas questões. Primeiramente, que parece bastante introjetado no conjunto dessas convenções que todos os profissionais se espelhem na clínica e façam algum tipo de avaliação/diagnóstico e tratamento em suas práticas, ou seja, como se todas as áreas profissionais se articulassem e mediassem suas intervenções em torno desse par pelo qual se baseia (de forma simplificada) a intervenção médica. A demanda de atuação dos assistentes sociais acerca do que remete ao “social” se enquadra fortemente em torno desse par. Muito embora se espere a avaliação/diagnóstico e tratamento, a autoridade para indicar ou contraindicar medidas, procedimentos ou intervenções é bastante limitada conforme a área de formação ou o objeto de arbítrio, como a realização ou não de um transplante, a permanência ou não para tratamento em internação. São modos de expressão da organização hierárquica dos serviços.

Outra questão relevante no conjunto dessas convenções é a força da inclusão das famílias pelos serviços. A demanda de atuação de assistentes sociais sobremaneira ocorre na intenção de expandir para as famílias seu campo de arbítrio e intervenção. Segundo Barcelos (2011), no “campo do cuidado” em serviços hospitalares, as ações profissionais avigoram a responsabilização da família no cuidado. As concepções, os valores e as crenças culturais dos profissionais repercutem na assistência prestada ao usuário. Na dimensão da família, é a partir do universo pessoal que grande parte dos profissionais faz interpretações das situações atendidas. Ainda são frágeis as práticas que se distanciam de uma perspectiva naturalizada da família enquanto principal instância de cuidado e proteção e buscam compreendê-las em sua singularidade e em suas possibilidades.

A análise das relações intrafamiliares e multiprofissionais no espaço dos serviços revela a existência de interesses distintos e conflitos. No plano legal, assiste-se às incursões mais recentes em direção à

incorporação das famílias nos serviços ou para assumirem as prescrições de cuidados dos pacientes (SARACENO, 1997; SGRITTA, 1998; BARCELOS, 2011; CAMARGO, 2005; MIOTO & DAL PRÁ, 2015; SIMÃO & MIOTO, 2016; LOPES, 2017). É uma questão cuja força é explicada a partir da agregação dos assistentes sociais nos serviços de saúde. Com base nisso, pode-se imaginar por que, mesmo que no plano legal, não exista nenhuma atribuição em torno da avaliação da situação sociofamiliar do usuário para ser submetido a um transplante e os profissionais tenham tanta certeza da legitimidade de tal tarefa. De todo modo, a família permanece atrelada a uma espécie de “contrato”, mantido sob vigilância de todos os membros da equipe.

11.2.2 Condições de trabalho na relação com a demanda

Como já se observou, as várias áreas profissionais que constituem os serviços de saúde nelas desenvolvem processos de trabalho peculiares. Têm referências profissionais, institucionais, legais e as que se manifestam num “arcabouço institucional” (conjunto de convenções estabelecidas em torno de rotinas e protocolos informais compartilhados entre os profissionais naqueles espaços) com vistas à atenção às necessidades de saúde em sua multidimensionalidade. A atenção às necessidades de saúde implica o exercício de recomposição dos trabalhos dessas áreas profissionais especializadas.

Nessa direção, quando um profissional demanda a atuação profissional, manifesta-se essa recomposição de saberes e trabalhos especializados, o que compreende, como já referido, perceber, buscar informações que sirvam de justificativa, ter antecedentes que possam subsidiar essa articulação. Depende da sensibilidade às necessidades ou de certo estado de vigilância ou atenção às falas dos sujeitos/usuários, o que eles fazem no espaço do serviço, como chegam ou como se comportam.

Isso tudo se localiza num campo de possibilidades que está em correspondência com certas condições e formas de organização do trabalho. Essas condições e formas de organização afetam o desempenho para demandar a atuação de outros profissionais, como identificado:

- a) a presença ou a disponibilidade do profissional na equipe é fator primeiro de ampliação da possibilidade da demanda por outros profissionais. Às vezes, mesmo que não presente na equipe, o

profissional de outra área pode vir a ser solicitado para prestar atendimento. A participação direta do profissional na equipe leva-o a ser incorporado no manejo das necessidades apresentadas pelos usuários num serviço. A exemplo, como referido por um médico, a presença do profissional representa a possibilidade de incluí-lo no manejo do diagnóstico;

b) o pertencimento à determinada equipe e também a possibilidade de o profissional permanecer no espaço físico onde ocorrem os serviços são valorizados no sentido de facilitar a comunicação, otimizar o tempo com a discussão das situações, evitar que se criem pendências ou mesmo que a solicitação deixe de acontecer por problemas de contato. Precisar solicitar o profissional é um dispêndio de tempo. A valorização da presença indica uma relação de correspondência entre o que ocorre na unidade e o que cada um assume para si independentemente de requisições. Nessa direção, a presença gera demandas que, do contrário, não seriam geradas;

c) a tendência de diminuir o número de situações que potencialmente mantenham o usuário no serviço, em cenários de grande volume de atendimento de usuários. Ou mesmo se chega a deixar de demandar a atuação, ainda que se atrele a usuários em situação vulnerabilidade, como pessoas em situação de rua;

d) a existência de maiores possibilidades de o profissional potencialmente demandante se ater às questões específicas de sua área em situações de sobrecarga de trabalho. Se a demanda depende de o profissional dispensar um olhar abrangente para necessidades dos usuários e suas famílias, em situações de sobrecarga de trabalho, esse olhar estará prejudicado. É comum que se apliquem práticas de seleção que corresponderão a essa sobrecarga;

e) o bom desempenho das “atividades de rotinas” permitem desenvolver um olhar sistemático sobre as necessidades dos usuários e, portanto, à possibilidade de, a partir delas, estabelecer a demanda de atuação. São “atividades de rotinas” comumente mencionadas: a visita diária aos pacientes feita pela Enfermagem, mas também feita pela Medicina; a Passagem de Plantão da Enfermagem; as reuniões de equipe, entre outras;

f) a disponibilidade de momentos eventuais de encontro, “conversas de corredor” e outras trocas é uma influência importante, pois é pelo diálogo que se pode gerar e redistribuir demandas de atuação no processo de acompanhamento do usuário;

- g) a valorização da disponibilidade para atender a demandas espontâneas da população e a disponibilidade para dar prioridade a algumas solicitações advindas de profissionais são comuns no ato de demandar. Por outro lado, é usual deixar de demandar se não houver uma expectativa de atendimento/resposta;
- h) a possibilidade de ter ou não o tempo de trabalho dedicado em uma única equipe. Ter que se dedicar a mais de um serviço geralmente expressa limites, por pressupor uma rotina instável e a atuação limitada ao que profissionais de outras áreas definem;
- i) a disponibilidade de responder, a qualquer momento, a questionamentos e dúvidas ou participar de discussões e definições, como ocorre a partir do uso de redes sociais ou aplicativos de mensagens instantâneas e chamadas de voz, como o WhatsApp®. Ocorre de os profissionais estarem permanentemente disponíveis, o que é valorizado pelos membros de uma equipe, muito embora haja desigualdades em termos de remuneração.

No que se refere especificamente ao Serviço Social, importa destacar que a demanda está fortemente influenciada pela sistematização e organização cotidiana do seu trabalho, compreendendo os elementos mencionados acima. A possibilidade de o assistente social estar presente na enfermaria ou no ambulatório, a possibilidade de ter uma rotina que compartilhe horário de trabalho e estar disponível ao atendimento para demandas espontâneas são aspectos valorizados pelos profissionais das equipes.

Como trabalhado anteriormente, os serviços se constituem um campo para diferentes arbitragens e negociações ligadas à recomposição do trabalho – fundamental à atenção integral às necessidades de saúde. Se não houver a presença do assistente social, as questões do “social” serão exclusivamente apreendidas sob recortes dos quais não participa da definição ou não ajuda a estabelecer. A presença do assistente social recompõe esse campo de arbitragens, o que facilita ou tensiona a fluência das atividades. É presente no serviço, a partir da experiência, que o assistente social expressará a matéria ao modo que elabora/aborda, não se prendendo totalmente às matérias definidas por terceiros.

Embora os assistentes sociais considerem que a valorização da presença permanente compreenda o interesse por respostas imediatas às solicitações – em que se quer dispensar espaços de discussão que permitam efetivar uma concepção de trabalho em equipe –, é pela presença e, a partir dela, pela possibilidade de práticas de discussão ou

feedback que há melhores oportunidades de que os profissionais tenham momentos de diálogo acerca de seus objetos, competências e atribuições. Essas trocas são as mais relevantes do ponto de vista da possibilidade de ampliar o olhar sobre a matéria que os profissionais especializam. Por isso, ao se falar de demanda, é fundamental discutir as condições objetivas de trabalho, notavelmente, o quantitativo de profissionais disponíveis para o atendimento.

11.2.3 O “social” processado no trabalho: em direção à demanda

Os profissionais das diferentes áreas de especialização tomam as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários dos serviços a partir de um determinado recorte de objeto sob o qual se aplicam simultaneamente conhecimentos, técnicas, valores, traduzidos à especificidade do “caso” (PEDUZZI, 1998). Se um processo de trabalho não ocorre isoladamente, mas numa rede de práticas em que se encadeia, conectando seus elementos constituintes (objeto, instrumentos ou tecnologias, como trata Merhy [2002]), há, na relação com a matéria dos assistentes sociais, tomada como o “social”, uma apreensão processada a partir das tecnologias que são próprias de cada profissional/área demandante.

É no processo de trabalho que se dá o recorte sobre o “social”. É um processo de captura do mundo dos usuários e de suas necessidades sob uma forma particular de significá-la. Segundo Merhy (2002), é um olhar construído a partir de tecnologias, como as leves-duras (a clínica médica, por exemplo). Apesar de agregar certos saberes bem definidos (trabalho morto), é no agir mediante trabalho vivo em ato que o olhar singulariza-se, mesmo “armado” pelas tecnologias. Assim, o trabalho em saúde é “a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do ‘seu modo de andar na vida’, e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho” (MERHY, 2002, p. 99, grifos do autor).

Portanto, não há como falar em demanda de atuação profissional sem falar de processos de trabalho em conexão, como se frisou, por exemplo, na relação Serviço Social, Nutrição e alimentação. As entrevistas permitiram verificar que as tecnologias mediam o processo dos recortes de objetos de intervenção que perpassam a demanda. Nessa direção, expressando as tecnologias, a importância de reconhecer o papel

do Histórico de Enfermagem, do Acolhimento com Classificação de Risco, da Passagem de Plantão, dos históricos aplicados pelas diferentes áreas, dos exames físicos e do Estudo Social, no caso dos assistentes sociais – e mesmo da teoria das Necessidades Humanas Básicas (teoria norteadora para a assistência sistematizada em Enfermagem) e da clínica (especialmente a médica), por exemplo.

A clínica será referência nessa relação. Ela alcançou uma dominação simbólica de saberes técnicos em saúde. Inaugurou o indivíduo/paciente como objeto de observação sistemática pela leitura diferencial dos casos (FOUCAULT, 1977). Exame e interrogatório do paciente e raciocínio clínico para o diagnóstico confiável serão espelhos para outras profissões. Como já observado, a semiologia médica será referência para a organização das práticas que emergiram com o passar do tempo na saúde⁸¹.

A Medicina, assim como outras áreas, efetua a demanda de atuação de outros profissionais geralmente a partir do caso, da situação singular. Contudo, uma particularidade dessa área é tendência de que a demanda de atuação de outros profissionais seja um ato de prescrição de medidas da conduta terapêutica. Ao longo da pesquisa, evidenciou-se que os médicos são os profissionais que menos identificam as possibilidades de atuação do assistente social. Também pouco subsidiam com informações suas demandas quando acionam diretamente o profissional. A demanda se afina com uma prescrição; e as informações que poderiam subsidiá-la, obtidas na sua dinâmica de trabalho, são requeridas ou selecionadas também para apoiar a investigação do diagnóstico.

A demanda tipo-prescrição é aquela que contém diagnóstico e “terapêutica”, ou seja, já chega para o assistente social apenas para execução. Seu “enfrentamento” pelos assistentes sociais no cotidiano geral expõe também as diferentes perspectivas de atendimento e “tratamento esperado”. A demanda tipo-prescrição – geralmente alinhada à responsabilização das famílias no cuidado e atenção a seus membros, a comportamentos higiênicos, à alta agilizada, ao encaminhamento de “sujeitos desgarrados”, por exemplo – remonta a questões da pauta da emergência da profissão na saúde, submetidas à lógica e à efetivação subsidiária do trabalho médico-previdenciário. A sua admissão como um especialista conferiu ao profissional um “status”, porém a demanda é

⁸¹ Vide as notas 1, 2 e 3 do capítulo 4 deste trabalho: o percurso e proeminência, na leitura de Michel Foucault e seus asseclas, que a semiologia médica arrogou-se.

introjogada como processo que ocorre de acordo com critérios de um agente/profissional que esteja na linha de frente (em geral, o médico ou o enfermeiro).

Evidenciou-se nas entrevistas que perdura a convergência entre fatores etiológicos e um discurso que avança para uma vigilância acerca das responsabilidades e capacidades dos indivíduos e famílias nas situações de vulnerabilidade e risco social, como nos primórdios da inserção dos assistentes sociais na saúde. A racionalidade clínica se coloca acerca do “social”, cumprindo sua função de ser ferramenta para classificar interconexões entre os fatos e perceber as hipóteses (FREIDSON, 2009). Num olhar sobre os fatores etiológicos, pode-se, muitas vezes, identificá-los com um discurso “biografizador” (CERCHIARO, 2008), em que indivíduos e famílias podem ser os responsáveis pela situação e pela solução dos problemas vivenciados, muito embora muitos profissionais não ignorem a conexão entre a realidade dos sujeitos e as questões amplas do processo de constituição desigual das condições vida em sociedade e como isso repercute na saúde-doença.

Para as demandas de atuação dos profissionais que compõem as equipes, a Enfermagem é uma área que parece conciliar racionalidade clínica e uma espécie de autoridade adjunta, tanto médica quanto administrativa (FREIDSON, 2009). Pelo fato de ter o conhecimento e apreciação profissional de tudo o que acontece devido e estar continuamente presente nos serviços, o enfermeiro permanece na regulação do que ocorre nos seus espaços. Dessa forma, a enfermeira é quem mais demanda em comparação com outras áreas de atuação, mas também é a eventual substituta para um grande número de tarefas. Alguns profissionais confirmam que poderiam tentar atender à situação que gerou a demanda ao assistente social, o que não ocorreu por falta de um “pouquinho mais de conhecimentos”.

Na direção dos papéis que influenciam a organização e a realização das demandas de atuação dos assistentes sociais, os médicos contam com o olhar das enfermeiras para estabelecerem um “cuidado” e uma vigilância para o que possa emergir de necessidades dos usuários vinculadas ao “social”. Há uma “terceirização da demanda”, assumida pela Enfermagem, confirmada pelos enfermeiros e pelos assistentes sociais.

Ainda acerca da racionalidade clínica, na “captura” do “social”, há uma tendência de os profissionais considerarem esses elementos como um conjunto de fatores discretos e determinantes que geralmente definem

condutas individuais. Como se verificou, a matéria de trabalho dos assistentes sociais em geral tem referência em “dados-indicadores”. Indica-se que servem como referência o local de moradia, o “estado geral” do corpo, os tipos de doenças em si, a situação de moradia de rua, a presença ou não do familiar, a queixa principal para o atendimento. Esses dados-indicadores emergem na aplicação das diferentes tecnologias/instrumentos que os profissionais utilizam nos seus processos de trabalho. Essa “captura” é desenvolvida e aprimorada pelos profissionais a partir da experiência nos serviços. Usam esses dados-indicadores para subsidiar o desenvolvimento dos seus processos de trabalho, estruturar suas ações e para definir interconexões feitas a partir da demanda de atuação do assistente social.

Tornou-se bastante comum tratar o social como um pano de fundo e um agregado de fatores expressos no comportamento individual de forma bastante direta e, portanto, uma “dimensão externa” ao processo saúde-doença. Estabelece-se uma polaridade entre o “social” e a “saúde” a partir da “explicação social” específica para um fenômeno (saúde) que já é uma dimensão inseparável da totalidade social (ROJAS, 2015). Mais limitadamente, o “social”, no mais das vezes, é o “problema” ou o “caso” de difícil solução (WIESE, 2010). Nessa polaridade, contribui sobremaneira a epidemiologia tradicional, no campo dos determinantes sociais da saúde. Essa concepção conduz a uma chuva de fragmentos, compreendendo os modos de existência por meio de uma grande proliferação de objetos “de risco” e quer tornar os “determinantes sociais da saúde” equivalentes ao processo da “determinação social da saúde” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2014, p. 1.178).

Com as limitações do raciocínio clínico tradicional, os serviços de saúde tendem a permanecer nessa lógica: na variedade de controles e intervenções reguladoras do bem-estar, de algum modo correspondendo ao passado, às políticas de controle das populações afetadas pela pobreza.

Com relação a como as tecnologias ou instrumentos processam o “social”, pode-se falar da construção do diagnóstico do “caso social” (que pode aparecer sob outras nomenclaturas, como “a questão social”). O social pode ser fator etiológico a ser considerado e tratado no contexto de uma doença, mas pode ser colocado no centro do processo das definições que culminam no diagnóstico.

O diagnóstico em si é uma categoria poderosa que cimenta uma visão particular da saúde-doença. Tanto que, até a década de 1970, o Serviço Social preocupava-se com a elaboração de diagnósticos e tipologias de diagnósticos como instrumental válido e seguro para

atuação. Era a partir do diagnóstico que o assistente social identificaria o seu objeto de intervenção (VAISBICH, 1976).

O diagnóstico é o painel de consenso de especialistas. Uma vez atribuído aos indivíduos, o diagnóstico inicia seu trabalho classificatório e exerce suas funções sociais; categoriza as realidades da saúde de maneira tangível, determinando quem tem acesso a quais recursos, quem terá jurisdição na sua gestão. Mesmo na atualidade, quando se defende um papel mais ativo dos usuários junto aos serviços e na relação com os profissionais, o diagnóstico continua a ser um árbitro central, conferindo uma autoridade jurisdicional significativa. Por isso, o diagnóstico se torna uma categoria e um processo que se ampliam, abrangendo mais do que a lesão patológica. É uma ferramenta analítica que serve como um prisma que reflete e lança luz sobre uma multiplicidade de problemas em saúde (JUTEL & NETTLETON, 2011).

O “caso social” pode ser considerado uma formulação diagnóstica e, como tal, pressupõe um processo, em que tem centralidade a situação sociofamiliar do usuário (não ter família é uma questão muito relevante em contextos de adoecimento e bastante problematizado por profissionais na área da saúde). O diagnóstico considera também os fatores sociais para o desenvolvimento de uma doença ou sua complicação e as condições do paciente ou de a família realizar o tratamento prescrito. O diagnóstico de “caso social” determina o acesso a recursos, como tratamentos, acesso a profissionais e internação. A disponibilidade do serviço na realização desse tratamento (geralmente, por meio da internação social) ocorre sob uma das principais coordenadas da prestação de assistência no setor social: a falha das redes primárias e/ou secundárias (CASTEL, 1998), a depender dos riscos e/ou da “carreira” do doente⁸². A demanda de atuação do assistente social estará na terapêutica, muitas vezes prescrita desde a admissão do usuário e tenciona, geralmente, evitar a prescrição da internação.

Segundo Jutel & Nettleton (2011), os médicos são constantemente pressionados a promulgar um diagnóstico. Isso ocorre por forças administrativas, comerciais, profissionais, econômicas e mesmo pelos usuários. Nessa direção, no contínuo do “caso social”, da “internação social” – porém, às vezes, independentemente deles –, está a “alta social”. A “alta social” se refere às situações em que os usuários internados na

⁸² Freidson (2009) usa o termo “carreira” para indicar que o usuário pode ser visto como alguém com comportamento “desviante” e que pelos seus “desvios” seja “julgado” nos serviços.

unidade hospitalar encontram-se aptos à alta clínica (alta médica), porém a situação sociofamiliar interfere no seu retorno ao domicílio e, mesmo, pela inexistência de um. O assistente social é demandado para propor soluções rápidas e eficazes que possibilitem o retorno do sujeito ao seu cotidiano (LEAL & XAVIER, 2015). É, portanto, o momento de se reconhecer a ordem negociada das fronteiras profissionais e das respostas organizacionais na provisão de cuidados (JUTEL & NETTLETON, 2011).

O social, no diagnóstico de “caso social”, é aquele adjetivo que carrega diferentes sentidos (DONZELOT, 1980), que classifica um problema particular e crescente nos serviços de saúde. Colocam os assistentes sociais a construir propostas e enfrentamentos diante do lastro conservador que expressa.

11.3 A configuração da demanda e sua relação com práticas de seleção: faces do tradicional

Compreender o trabalho em saúde a partir da divisão técnica do trabalho permite afirmar que qualquer produto em saúde é possível de ser alcançado como resultado da composição de vários trabalhos especializados. A especificidade do trabalho em saúde reside nas características nucleares dos objetos e instrumentos dos processos de trabalho que se particularizam em torno das necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários, bem como apreendidas e interpretadas pelos sujeitos/profissionais (PEDUZZI, 1998).

As várias áreas profissionais com atuação no setor da saúde constituem processos de trabalho peculiares que participam da disputa da hegemonia. Em suas peculiaridades, efetivam-se nos encontros entre usuário e profissional e na articulação ou integração das ações realizadas entre/pelos variados profissionais, oriundos de uma mesma área profissional ou de áreas distintas (PEDUZZI, 1998). Os profissionais são sujeitos de saberes e das ações que permitem agir como reprodutores de situações dadas ou protagonistas de processos novos como força de mudança. Tal como afirma Merhy (2002, p. 16), “somos protagonistas ao mesmo tempo em que somos protagonizados”. Sob o entendimento de trabalho como cuidado, Malta & Merhy (2010) apontam o cuidado em saúde como um somatório de pequenos cuidados que se complementam:

O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida dos serviços de saúde. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vai compondo o que entendemos como cuidado em saúde. (MALTA & MERHY, 2010, p. 599)

O assistente social realiza sua tarefa como parte desse trabalho combinado, parte de um conjunto de especialidades que são acionadas para realização de uma finalidade. Para o Serviço Social, essa finalidade não é idêntica, pois é preciso considerar as diferenças das várias inserções ocupacionais (IAMAMOTO, 2001; 2012). Seu objeto de intervenção profissional, as expressões da questão social, remonta a ações que incidem na articulação de recursos (singulares ou coletivos) necessários para viabilizar a proteção social (MIOTO & NOGUEIRA, 2013).

Nos hospitais, como apontado, até a década de 1980, o Serviço Social tinha dois grandes eixos de demanda: as de caráter de atenção excludente e seletiva; as de ajustamento social da população usuária (esse ponto será retomado mais à frente). A instituição de um projeto hegemônico para o Serviço Social brasileiro pós-1979, alicerçado na intenção de ruptura e na redefinição do seu objeto profissional (a questão social), não superou totalmente as forças ativas que se expressam em certos registros presentes nas demandas de atuação dos profissionais no contexto das relações multiprofissionais. Não se eliminaram interesses que forcem a continuidade das questões postas na emergência da profissão na saúde voltadas ao “tratamento institucional da pobreza”. Portanto, a demanda não deixa de ser relacionada à oferta; isto é, a demanda parte de uma perspectiva de capacidade de satisfação do que foi requerido e, nesse contexto, o tradicional e o emergente (o processo projeto profissional contemporâneo) mostram-se ativos, algo próprio quando se trata de um processo de disputa hegemônica. O contra-hegemônico se coloca como emergente (WILLIAMS, 2000), compreendendo novos significados e valores, novas práticas, novas relações e tipos de relações que se criam continuamente e que se postulam alternativos ou em oposição às formas dominantes.

A demanda de atuação do assistente social tende a configurar-se a partir de uma ideia de “social” como matéria-objeto. Esse “social”, como abordado, é produto de um recorte da realidade feita por um “olhar” que contém um projeto, uma finalidade (PEDUZZI, 1998). Assim, as demandas dos usuários a um profissional se atrelam ao recorte próprio do seu objeto de trabalho, mas também apreendem recortes de outros objetos que podem culminar na demanda de atuação dos profissionais a quem se atribui esse recorte. A demanda conterà, segundo Netto (1996, 2011a) e Yamamoto (2012, 2012b), uma projeção da matéria ou objeto socialmente conferido a essa categoria profissional que estão em permanente reelaboração no contexto da articulação do conjunto de condições, informando o processamento da ação dos assistentes sociais.

Nessa direção, a demanda se configura a partir de um recorte/leitura da apreensão do objeto-matéria do profissional que se demanda, invariavelmente articulada ao reconhecimento de competências e atribuições no contexto de um serviço ou equipe, convocando e simultaneamente confirmando a utilidade social dessa especialização do trabalho. Esse é um processo decisório que, no âmbito das ações profissionais, se estrutura a partir de certas condições de trabalho, como se viu, a partir da mediação das tecnologias (duras e leves-duras) oriundas de referências legais, de um arcabouço institucional ou de referências próprias de cada área de especialização.

Nessa configuração, é importante ressaltar que as decisões conformam certas práticas de seleção que se articulam no cotidiano do trabalho, nas rotinas definidas, compartilhadas e validadas em um processo combinado a partir de um “arcabouço institucional” que conferem historicidade a um serviço. Além desse “arcabouço”, cada trabalhador tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado, que se expressam nesse cotidiano. Nessa lógica, podem fazer uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (MERHY & FEUERWERKER, 2009).

As práticas de seleção dizem dessa autonomia e dos recortes dos objetos, bem como das condições de trabalho dos sujeitos, que, como abordado, afetam sobremaneira a capacidade de demandar. Atrelam-se a uma avaliação de pressupostos que os profissionais estabelecem para definir demandar ou não – como se abordou, consideram as condições de trabalho do assistente social (se atuar em mais de um serviço); se, para a situação do trabalho do assistente social, é imprescindível ou se o propósito imaginado é importante; se é possível resolver a questão sem o

atendimento do assistente social; se é algo importante ou alarmante. Quando há dúvidas se à situação cabe de fato o atendimento do assistente social, a demanda pode inicialmente objetivar que o próprio profissional faça essa avaliação. Dessa maneira, o diálogo entre os profissionais acerca de uma dada situação serve para definir matérias, atribuições e competências para atuação. Espera-se que o assistente social apoie a identificação da necessidade de demanda de outros profissionais.

Práticas de seleção dialogam com as coordenadas que tradicionalmente organizam dos serviços do setor social. Tradicional é o passado em uma versão que se conecta com o presente e oferece um sentido de predisposta continuidade (WILLIAMS, 2000). Como Castel (1998) identifica, existem coordenadas básicas que orientam as práticas de assistência no setor social, entre elas, a lógica da desvantagem. Como coordenada básica, referenda que as práticas de assistência devam atender os sujeitos impossibilitados de suprir, por si mesmos, suas necessidades básicas. O autor atrela essa questão ao trabalho, pois está em desvantagem quem não pode trabalhar para fazer frente a essas necessidades. O que se observa atualmente é que a desvantagem está bastante atrelada ao risco, esse “cálculo” aplicado por especialistas que indica a probabilidade de algum evento negativo ou indesejado acontecer.

Outra coordenada que pode ser mencionada é a necessidade de suprir, de maneira organizada, especializada, as carências da sociabilidade primária. Nisso cabe que alguém deva organizar formas de “ajuda” de um modo racional, utilizando a base territorial e o pluralismo das instâncias que abraçam, de maneira parcelada, “as causas” sociais, que confirmam eficácia aos processos de trabalho em articulação e eficácia institucional. Eficácia que depende de estratégias de conhecimento sobre o “social”, sobre as populações concernidas e sobre os modos de assistilas para além do plano da doença.

Nesse contexto da demanda como um processo decisório no âmbito das ações profissionais, podem-se reconhecer práticas de seleção que se articulam a partir dessas coordenadas em três dimensões: a) da pertença dos usuários a grupos/segmentos sociais vulneráveis ou de risco; b) da disponibilidade e polivalência frente às habilidades interpessoais; c) da melhor produtividade do serviço. As decisões dos profissionais que confluem para demanda são marcadas por essa seleção, que tendem a ser compartilhadas pelos membros das equipes.

a) Da pertença a certos grupos/segmentos sociais vulneráveis ou de risco:

A vulnerabilidade social é uma “zona intermediária, instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade”, ou seja, é suscitada pelo enfraquecimento das proteções que, no capitalismo, é sistêmica, pois circunscrita à questão social (CASTEL, 1998, p. 24). Expressa-se de formas variadas, seja como fragilidade, seja como precariedade na capacidade de defender-se das mudanças do meio, assim como desamparo institucional a partir das ausências de proteção social institucional. As vulnerabilidades estão associadas à renda, ao patrimônio, ao lugar de residência e nascimento, à origem étnica, gênero, a incapacidades físicas e mentais, a doenças, fatores políticos, ambientais ou por uma infinidade de riscos difíceis de relacionar (BUSSO, 2001). Para demandar, portanto, ganham relevância tais aspectos. Crianças com pais desempregados, pessoas em situação de rua, imigrantes (em Santa Catarina, a questão da imigração haitiana tem ganhado proeminência), idosos acamados com membros de rede de apoio ausentes ou pouco presentes e população indígena serão sempre públicos privilegiados a demandar o atendimento dos assistentes sociais.

Observou-se que a demanda se atrela geralmente ao vulnerável/em risco e não à vulnerabilidade/ao risco. A vulnerabilidade e o risco serão majoritariamente atribuídos aos sujeitos e com causas geralmente atreladas à situação sociofamiliar. Pode-se esperar que as demandas sigam “dados-indicadores” a partir de estereótipos (de famílias, de modos de vida, de comportamento na vida diária, como a higiene). Muitas preocupações que levam à decisão de demandar o assistente social estão circunscritas aos modelos familiares e de suas relações de proteção. Ocorre também considerar os modos prototípicos de adoecer. Fora desses modos, o desenvolvimento de algum tipo de doença ou complicação pode vir a ser um indicador de negligência, risco ou vulnerabilidade a ser apreendido pelo Serviço Social.

Nessa dimensão, busca-se, assim como nos primórdios da sua inserção na saúde, que o assistente social estimule o paciente em sua capacidade e responsabilidade no tratamento, proporcionando também condições de tratamento. Valoriza-se o comportamento do indivíduo e da família na produção dos riscos para a saúde, assim como seu correlato terapêutico, isto é, a intervenção técnica sobre os indivíduos e famílias para canalizar os comportamentos, promover hábitos higiênicos e prevenir riscos. O risco, ao administrar as incertezas da ocorrência de eventos futuros indesejáveis, responde à perspectiva da prevenção e dá outra conotação à percepção dos problemas sociais: as disposições psicológicas e familiares. Os riscos são elaborados por um tipo de

conhecimento e multiplicam-se conforme as possibilidades de criação de novos campos de arbitragem da vida humana (MITJAVILA, 2015; CASTEL, 1998).

b) Disponibilidade e polivalência frente às habilidades interpessoais:

Uma seleção acerca das necessidades e sofrimentos apresentados – que requeira disponibilidade no campo das relações interpessoais – incide no processo de decisão de acionar o assistente social. Quando se manifesta a violência, os conflitos familiares, o processo de luto complicado, o assistente social é lembrado em prol do benefício dos usuários e da dinâmica do serviço para acolher, ouvir, formar vínculo, aconselhar e, em últimos casos, denunciar aos órgãos competentes.

Nesse contexto, o assistente social dividirá território com psicólogo e ambos serão substitutos eventuais um do outro, exceto no que cabe às denúncias ou informes legais, quando se tratar de violências. Estas, em geral, são consideradas atribuições dos assistentes sociais. Não é de hoje que o assistente social é reconhecido pela capacidade de avaliar as necessidades de estabelecer-se uma relação personalizada com seu “cliente” (RICHMOND, 1977).

Não quer dizer que os profissionais que demandam não tenham habilidades ou competência no que se refere ao cuidado em saúde nessa dimensão de zelo/trabalho em saúde. Importa que as condições de trabalho, a rotina reforçada pela aplicação de tecnologias duras e leves-duras e, muitas vezes, a valorização dos procedimentos culminam em delegar questões que impliquem acolhimento e escuta, o que, por sua vez, requer tempo e habilidades, qualidades avaliadas como presentes e disponíveis nos assistentes sociais.

Essas práticas de seleção a partir da possibilidade de que o profissional assuma esse território de relações manifestam o predomínio de um modelo assistencial que relega a um plano irrelevante essa dimensão, identificando-se com uma forma de subjugar uma área a outra, a partir da lógica dominante do trabalho médico, que não tende a valorizar um núcleo cuidador (MERHY & FEUERWERKER, 2009).

A partir de ações cuidadoras, informadas pelas tecnologias relacionais, é possível

ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os

sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde. (MERHY & FEUERWERKER, 2009, p. 8)

c) Da melhor produtividade do serviço:

Como já se ressaltou, a demanda ocorre a partir do reconhecimento de recortes de objetos (que, por sua vez, já são recortes de uma realidade), aliado a competências e atribuições de profissionais no processo de trabalho em equipe. Importa ressaltar que as demandas – que recompõem o trabalho parcelado como processo de decisão – agregam práticas de seleção em torno das possibilidades de atenção da produtividade e eficácia do serviço.

No Brasil, desde o início do século XX, o hospital é o local em que predomina uma mentalidade médico-assistencial e que tenta dar conta de problemas institucionais, como a insuficiência de leitos. A institucionalização das atividades assistenciais e a própria demanda de profissionais especializados para atuação devem seguir parâmetros de racionalidade e eficiência, sendo o assistente social esse profissional intermediário entre o hospital e uma rede mais ampla de assistência. O desejo dos médicos por melhores e duradouros resultados às suas intervenções levou à origem do Serviço Social no hospital (SANGLARD, 2007; IAMAMOTO & CARVALHO, 1991; CULLEN, 2012).

Assim, até a década de 1980, o Serviço Social no hospital se organizou a partir de dois grandes eixos de demanda: a demanda pelo caráter de atenção excludente e seletiva; a demanda pelo ajustamento social da população usuária. O primeiro eixo se liga à manutenção de uma distinção entre categorias de sujeitos atendidos nos hospitais, fruto da tradição liberal-filantrópica pela qual se pode falar do desenvolvimento histórico dos hospitais modernos. Para além dos pagantes ou não pagantes, distinguiam-se os velhos, os deficientes físicos, os abandonados e os desajustados. À medida que o hospital vai sendo colocado à administração laica e medicalizada, a preocupação com o público que internava também despertava, em oposição, a atenção especializada e “tratamento” ao público atendido “indevidamente”.

Na década de 1960, uma questão era objeto de aprimoramento das instituições hospitalares no Brasil: o “público”, que, mesmo diante da falta de recursos, se mistura impropriamente com os doentes. A seção,

divisão ou departamento de “Serviço Social”, que deveria existir em cada hospital que se considerasse moderno, é que deve se aproximar desse “público”. O indigente e o desajustado social eram os casos típicos de “doentes gratuitos”. Cabia ao Serviço Social a investigação sobre os recursos do doente e da família para a devida contribuição ao serviço prestado, na proporção dos recursos que poderia dispor.

A prática de seleção a partir de uma dimensão da dinâmica da produtividade do serviço tende a manifestar mais a lógica da aglutinação do que de integração de trabalhos parcelares de uma equipe. É quando se valoriza mais o transplante bem-sucedido, o atendimento da ficha, a alta hospitalar. Há uma direção mais evidente a um conjunto de necessidades do serviço e não do usuário. Segundo Caetano, Barcelos & Miotto (2010), as demandas dos usuários chegam ao assistente social a partir dos profissionais da equipe sem, muitas vezes, condizer com o que é realmente demandado pelo usuário. Há uma “interpretação” a partir de valores morais, religiosos, culturais, etc., mas que segue também interesses institucionais de produtividade. Corroborando Vasconcelos (2002): os profissionais são solicitados pelos demais profissionais de saúde para atender a demandas que facilitem o andamento e a solução de suas ações.

A produtividade se reforça valorizando aspectos tecnocráticos do serviço. Os profissionais que demandam o assistente social operam a partir da distinção do que é mais ou menos grave, o que é simples ou complexo. Compreendem que o assistente social opera sobre questões mais operativas ou mais “filosóficas”. As seleções realizadas trazem essa capacidade de distinção e tencionam o trabalho do assistente social como uma forma de extensão das práticas clínicas, eixos dos serviços e para onde converge a maioria das profissões envolvidas no estudo. Vinculada a uma demanda “tipo-prescrição”, projeta-se uma “extensão da clínica”, participando da viabilidade ou da melhoria do diagnóstico e do tratamento. O assistente social deve participar da garantia da atenção às verdadeiras urgências, do melhor destino do fígado, do melhor cuidado da criança após a alta. Dar alta é prioridade no fluxo. Não ter condições de dar alta é urgência.

Embora os serviços de saúde sejam recobrados como espaços de respostas a diferentes necessidades de saúde, face ao seu potencial de construir uma junção em rede intersetorial, essas dimensões que abastecem práticas de seleção destacam as forças ativamente configurativas dos serviços, pois são dimensões que dialogam com formas tradicionais da organização da atenção em saúde. Expressam

como é possível incorporar na instituição a tradição, pois é uma versão de um passado configurativo e de um presente pré-configurado, que se torna operativo no contexto das relações sociais (WILLIAMS, 2000). Persistem nos serviços de saúde certos significados e práticas que são selecionados e acentuados a partir dos processos hegemônicos.

O Serviço Social se inscreve como profissão na formação social capitalista na natureza contraditória do seu esquema de sobrevivência. As contradições persistem em contextos particulares, principalmente em instituições. As contradições que expressam o processo hegemônico se perfundem nas práticas profissionais, de modo que compreendem uma relação complexa entre visões de mundo, relações de poder, estratégias, interesses, articulações, enfrentamentos, tomadas de decisões. Em serviços de saúde, essas contradições tomam um processamento particular. Em se tratando do Serviço Social nesses serviços, o que parece se confirmar é que a demanda de atuação para os assistentes sociais, a partir de uma matéria-objeto, se constitui contraditoriamente. Uma contradição fundamental entre aquilo que se estabelece como matéria-objeto para os assistentes sociais na divisão do trabalho e o que a categoria profissional define para si em um projeto profissional emergente.

12. SERVIÇO SOCIAL E A DEMANDA DE ATUAÇÃO EM FACE DO PROJETO PROFISSIONAL EMERGENTE: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inteligibilidade e o sentido do Serviço Social na história da sociedade da qual é parte e expressão colocam-no de frente com as questões do conflito de classe (representada pelas contradições da relação capital/trabalho), da regulação da vida social, de sua própria reconstrução a partir da ação dos sujeitos assistentes sociais na relação com a realidade social. São sujeitos da ação que transforma e, ao mesmo tempo, transforma-se, como afirma Baptista (1995, *apud* FALEIROS, 2014).

Os assistentes sociais estão entre os intelectuais do mundo moderno que interconectam o universo da Ciência, das Humanidades e da Visão política de conjunto (SEMERARO, 2006), que têm capacidade para articular a sua especialidade ao processo hegemônico, compreendendo aí as formas de desafiá-lo e alterá-lo. A sua prática não pode ser pensada fora de uma trama de disputas no espaço das políticas sociais, mediações centrais no exercício da profissão. Como expressa Yazbek (2014, p. 681), “estamos tratando da questão de construção de hegemonia, na condução dos serviços sociais e das necessidades que atendem, bem como dos direitos que asseguram, não apenas como questão técnica, mas como questão essencialmente política, lugar de contradições e resistência”.

O objeto de trabalho que o Serviço Social define enquanto categoria, as expressões da questão social, reitera o compromisso com essa perspectiva e dá uma outra direção ao “social”, que, até os anos 1990, era conceito-chave na definição do objeto de trabalho do assistente social. A superação do arcabouço profissional tradicional passou por esta redefinição da matéria-objeto do Serviço Social, como fruto do projeto desenvolvido pela categoria ao longo das últimas três décadas, cuja regulamentação ocorre com o Código de Ética Profissional (1993), a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (1993) e as Diretrizes Curriculares para a Formação Profissional (1996). Nesse conjunto, prevê-se que é sobre as expressões da questão social que incidirá a ação dos assistentes sociais, seus meios ou instrumentos de trabalho (IAMAMOTO, 2001; 2012; SOUZA, 1979).

Iamamoto (2012) reforça que, além dos instrumentos legais, o projeto ético e político profissional se realiza em outras dimensões do universo profissional: as expressões coletivas da categoria; as articulações com outras entidades de Serviço Social no âmbito internacional; e outras

categorias profissionais e movimentos sociais organizados; o ensino universitário, responsável pela qualificação teórica de pesquisadores e de profissionais; assim como o trabalho profissional desenvolvido nos diferentes espaços ocupacionais, “de forma a preservar a qualidade dos serviços prestados e fortalecer junto aos usuários a noção de direito social e a possibilidade da ação coletiva na sua defesa na esfera pública, o que requer o aprofundamento teórico-metodológico e o cultivo da pesquisa como uma dimensão constitutiva do trabalho do assistente social” (IAMAMOTO, 2012, p. 225).

É possível indicar que é no campo do trabalho profissional que se identifica que o projeto profissional se coloca desafiador. Representando certa hegemonia para o conjunto profissional, o projeto profissional na dimensão dos espaços ocupacionais torna-se desafiador, pois situa-se contra-hegemônico. Daí emergem diferentes questões do exercício profissional para suas condições concretas de realização.

Por meio da discussão das demandas (seja como forma fenomênica da matéria-objeto ou como práticas de requerimento), também se coloca o problema do trabalho profissional sintonizado com o projeto profissional. O debate ganha distintas linhas, como o problema do atendimento como mera recepção passiva, imediata e subalterna à lógica institucional. Também a falta/dificuldade da aplicação das referências teórico-metodológicas ou a insuficiência/falta de referências técnico-operativas – essa sendo uma questão relevante que tem gerado mais debates/embates que, por vezes, dificultam o respaldo para a efetiva produção sobre o tema.

A partir do debate sobre as demandas, procurou-se também evidenciar questões que perpassam a implementação do projeto profissional, buscando uma contribuição que explicitasse as questões vividas nos espaços ocupacionais, especialmente com relação aos seus aspectos tradicionais e hegemônicos num espaço de práticas tão cristalizadas como o hospital.

A pesquisa buscou, nas referências legais dos serviços englobados no estudo (Urgência e Emergência, Transplante de Fígado e Internação Pediátrica), verificar as pressões institucionais no processo de constituição das demandas por profissionais. A inexistência de referências sobre a Internação Pediátrica evidenciou que a composição de uma equipe – e nela a inserção do assistente social (como a de outros profissionais) – responde muito mais às experiências de trabalho e/ou referências de outros serviços.

A pesquisa documental indicou que há uma incorporação controlada e diferenciada da especialização do trabalho em saúde. Não obstante, as legislações publicadas – maior parte, entre 2010 e 2016 – buscarem superar a verticalização das práticas, o *status* das áreas profissionais não médicas, é mantido, permanecendo identificadas como práticas subsidiárias, em nível de “apoio”.

Em torno das pressões acerca da demanda, identificou-se que as legislações propõem a incorporação de estratégias de controle das decisões nos processos de trabalho em saúde pautadas nas microferramentas de atenção gerenciada, como os protocolos assistenciais. Como estratégia difundida internacionalmente, a atenção gerenciada coloca em curso um projeto de interferência nos espaços microdecisórios em saúde (aqueles desenvolvidos pelos trabalhadores), voltando-os ao campo da administração em que voga a relação custo-benefício financeiro, “processo polarizado de possíveis capturas totais do trabalho vivo em ato pelo trabalho morto que são expressas na tensão autonomia *versus* controle” (MERHY, 2002, p. 52).

Nas duas tendências identificadas, a incorporação controlada e diferenciada da especialização do trabalho em saúde e as estratégias de controle das decisões nos processos de trabalho em saúde implicam que as relações interprofissionais, base da demanda, sejam parametradas por lógicas contraditórias. Embora busquem fortalecer o trabalho em equipe com foco nas necessidades dos usuários, há uma tentativa complicada de conciliação entre o ideário que sustenta essa busca (que envolve parte da pauta atual da Saúde Coletiva) e as condições concretas de trabalho no SUS e o ideário que coloca a organização do trabalho em torno dos interesses mercantis na saúde, em que a pauta da atenção gerenciada parece se adequar.

A partir das entrevistas realizadas com os profissionais que compõem as equipes dos serviços envolvidos na pesquisa, identificou-se que, em termos de comunicação organizacional, utilizam-se diferentes recursos para que a demanda ocorra. É mais comum que haja um contato (pessoal ou por telefone) entre o demandante e o assistente social. É crescente o uso de tecnologias de mídia, como aplicativos de mensagens (Whatsapp®), que tornam instantâneo o compartilhamento de informações e viabilizam a circulação de demandas. Sem regulamentação nos contratos de trabalho e sem políticas de uso, a tecnologia implica um embaralhamento de fronteiras entre comunicação formal e informal e a redução de formas convencionais de comunicação interna – como ligações telefônicas, *e-mails* e interações presenciais (CARVALHO &

FORT, 2017). O uso de aplicativos faz com que as demandas aconteçam a qualquer momento; e a remuneração para estar à disposição (sobrevivo) é algo que expõe relações desiguais. O “coleguismo” e a “disponibilidade” são valores que perpassam esse tipo de comunicação, o que enfraquece sua concepção como relação de trabalho.

Na prática, os profissionais também podem “terceirizar” as demandas de atuação dos assistentes sociais a partir de outros profissionais, como ocorre comumente entre médicos e enfermeiros; ou entre médicos e os profissionais em formação (residentes, estudantes de graduação).

As demandas de atuação dos profissionais se circunscrevem às rotinas que expressam um “arcabouço institucional” (conjunto de convenções estabelecidas em torno de rotinas e protocolos informais compartilhados entre os profissionais naqueles espaços), em que o tradicional e o emergente, o formal e o informal se apresentam. Partindo das rotinas e do “arcabouço institucional”, a atenção às necessidades de saúde que se apresentam nos serviços implica o exercício de recomposição dos trabalhos das áreas profissionais especializadas que compõem uma equipe. As várias áreas profissionais que constituem os serviços de saúde desenvolvem processos de trabalho peculiares, sendo que a realização da demanda tende a variar num campo de possibilidades que está em correspondência com certas condições e formas de organização do trabalho de quem demanda. Dessa maneira, varia e é influenciada pela sistematização e organização cotidiana do trabalho do assistente social. Quando o assistente social não participa efetivamente da equipe, de seu cotidiano, as questões do “social” (aquilo que pode ser identificado como objeto de trabalho do Serviço Social) podem ser exclusivamente apreendidas sob recortes dos quais não participa. Isso pode explicar a falta de identificação do assistente social com aquilo que é demandado, pois perde-se o espaço do diálogo e dos enfrentamentos necessários que reponham objetos, competências e atribuições na direção do projeto desenvolvido pelo profissional.

Tratou-se com evidência a questão da articulação do trabalho em equipe na particularidade de uma instituição e seus serviços, mas em outras instituições de saúde (sob outras condições de gestão, organização, funcionamento, disponibilidade de pessoal), podem se estabelecer variadas questões que explicam essa falta de identificação com a matéria que gera a demanda. Seria interessante, por exemplo, verificar as questões que emergiriam em instituições com forte tradição hierárquica ou clientelista. No próprio HU/UFSC, onde ainda não ocorreu a efetivação

da gestão da EBSERH, podemos considerar que, em breve, se desencadearão novas e/ou velhas pressões em torno da demanda, principalmente em torno da valorização da eficiência.

Foi visto que os profissionais tomam as demandas apresentadas pelos usuários dos serviços a partir de um determinado recorte do seu próprio objeto, sob o qual se aplicam simultaneamente conhecimentos, técnicas, valores; que os processos de trabalho que desenvolvem não ocorrem isoladamente, mas em conexão; que, na apreensão que fazem do recorte da matéria dos assistentes sociais, essa consiste em um “social” basicamente identificado a partir de um “dado-indicador” (ou de uma combinação deles), pelo qual se orientam para demandar a atuação desse profissional. O “social” no âmbito da saúde não tem uma definição unificada, não se refere a um conjunto específico e estável de objetos no mundo (ROJAS, 2015). Foi visto que há um reducionismo que tende a limitar as possibilidades de atuação do assistente social perante o poder do modelo biomédico.

O processo da demanda de atuação dos assistentes sociais é atravessado por alguns pressupostos e práticas de seleção, principalmente da seleção em torno de usuários que pertencem a grupos considerados em situação de vulnerabilidade ou de risco e/ou quando a situação exige habilidade nas relações interpessoais e/ou quando a demanda coincide com a prevalência da produtividade e da eficácia do serviço.

Juntamente com aquilo que conforma o “social”, essas práticas colocam em evidência questões tradicionais incorporadas no âmbito dos serviços e que dizem respeito às disputas feitas ou a serem feitas pelos assistentes sociais nesses espaços. Há uma contradição entre a perspectiva recortada e limitada que os profissionais aplicam para definir o que é matéria-objeto para os assistentes sociais e o que a categoria profissional define para si em um projeto profissional. As práticas profissionais nas instituições são abastecidas pelas forças tradicionais presentes na origem do setor social. A força de sua continuidade está justamente em estabelecer uma prática diária/rotina de profissionais. As principais referências expressas nas demandas dos profissionais das equipes são dessa ordem, raramente tendo indicação de algo que perpassasse a formação acadêmica, embora essas práticas já se expressem em experiências vivenciadas nos cursos de graduação, que têm maior presença nos serviços, como foi identificado no caso da Medicina.

A experiência do trabalho evidencia quatro questões acerca da demanda de atuação do assistente social. Primeiramente, é na experiência que se conhece e se aprende sobre o Serviço Social e o trabalho com o

assistente social. Por mais que, na graduação, os profissionais sejam instigados a valorizar a atuação multiprofissional, é no serviço de fato que se processa essa relação.

Segunda questão: a experiência em equipes de trabalho cuja composição se mantém estável é avaliada como aspecto positivo por profissionais e pelos assistentes sociais. Quanto maior for o tempo de trabalho em uma mesma equipe, maior será a possibilidade de os profissionais compreenderem as especificidades profissionais, as atribuições, os critérios da forma como se organiza o atendimento ao usuário, o que impacta no processo de demanda de atuação do assistente social. A experiência de trabalho efetivo em equipe tem maior relevância do que o maior tempo de formação profissional ou outras experiências de atuação com o assistente social.

A terceira questão tem relação com o tempo de experiência em serviço no curso de graduação. Como apontado, o maior tempo das práticas de ensino em serviço antecipa e fortalece o reconhecimento das possibilidades de atuação de cada profissional de uma equipe e pode servir, evidentemente, como força para a reprodução das práticas instituídas, como a relação com a demanda.

A quarta questão relaciona a experiência no trabalho com a possibilidade de se estabelecer integralmente uma função pedagógica. Ao atuar juntamente com outros profissionais (principalmente ao estabelecer alguma disputa no âmbito do cotidiano), o assistente social desempenha uma função político-pedagógica, assim como os demais profissionais tendem a desenvolver nas respectivas áreas de atuação. No que se refere ao assistente social, como confirmado nas entrevistas, é possível apontar que essa função se revela quando os profissionais que com ele atuam são levados a pensar sobre si em seu processo de atuação e na identificação deste com os interesses dos usuários, como ocorre na atribuição do direito ao acesso no serviço de transplante.

O empreendimento do Serviço Social brasileiro, nas últimas três décadas, em torno da tradição marxista, deixa evidente, particularmente no campo da literatura profissional, uma preocupação acerca de uma maior compatibilização entre o que há de proposição da teoria social crítica e o que os assistentes sociais nos seus campos de trabalho realizam ou podem realizar para compor o plano das lutas sociais e retroalimentar seu projeto profissional, colocando a profissão a favor de um perfil novo de intelectual (IAMAMOTO & CARVALHO, 1991) e desejando que se forme sob as premissas da tradição marxista: “identidade entre teoria e

práxis, de inteligência que interpreta o mundo e de ação que o transforma, de intelectual e político” (BOBBIO, 1997, p. 133).

No caso do Serviço Social da HU/UFSC, os assistentes sociais planejam suas atividades conjuntamente aos serviços em que atuam. Não há uma prevalência do trabalho por plantão ou por características de plantão, como identifica Vasconcelos (2002) em seu estudo no Rio de Janeiro. Contudo, há a organização de prioridades e formas de atendimento a demandas espontâneas no contexto do serviço em que se insere. O número de atendimentos realizados a partir da demanda dos demais profissionais é inferior ao dos definidos pelo próprio assistente social. Isso indica que o profissional dispõe de certa autonomia e condições de definir abordagens e processos de atuação.

As entrevistas com os assistentes sociais permitiram identificar que há uma tendência destes não negarem atendimento quando houver um requerimento por profissionais das respectivas equipes, o que é confirmado pelos demais entrevistados. Tal como apontam Caetano, Barcelos & Mioto (2010), a análise da demanda tem feito parte do processo da ação dos assistentes sociais, desencadeando objetivos, a definição de abordagens dos sujeitos, exigindo considerar as determinações históricas das relações profissionais, usuários, instituição ligadas à conjuntura social, à divisão do trabalho, à propriedade dos meios de produção, assim como condições subjetivas relativas aos sujeitos, ao grau de qualificação, ao preparo técnico e teórico do profissional. Nisso, as referências limitadas a um “social”, que remetem às formas pretéritas de atuação, que contemplem juízos de valor, valores pessoais, recomendações “tipo-prescrição”, indicam que (mesmo que controversa), embora limitadas e potencialmente limitantes, há, por parte do demandante, uma leitura acerca de possíveis necessidades vivenciadas pelos usuários.

São questões que apontam a contradição entre o que o assistente social indica para si e para o que vem sendo requerido. Apesar do atendimento, os assistentes sociais definem suas ações para além da demanda elaborada – parte das definições limitadas, próprias de uma aproximação inicial com uma situação cuja determinação é reconhecidamente ampla, e parte das definições no que concerne à estruturação da ação.

Embora os assistentes sociais “da prática” possam ser considerados incapazes de fazer uma leitura crítica das demandas – especificamente de empregar a crítica da economia política, que poderia fidelizar a prática à tradição marxista e ao projeto profissional –, é preciso considerar que os

assistentes sociais efetuam criticamente a análise, assim como as dificuldades de enfrentar, no cotidiano, a configuração das demandas feitas pelos profissionais. Em cenários marcados pela hierarquia, pela pouca abertura aos diálogos e trocas (tão caros às possibilidades de redefinir relações e enfrentamento das questões das condições de trabalho), como demonstra a experiência analisada, os assistentes sociais assumem enfrentamentos na lógica da não submissão nos terrenos das disputas postas à profissão. São formas de rupturas no cotidiano pela resistência.

Na experiência do serviço de transplante, talvez a mais expressiva questão relativa às demandas de atuação do assistente social seja que a ele é “prevista” a realização da avaliação sociofamiliar para indicar ou contraindicar o procedimento. O direito ao acesso efetivo à saúde é pauta de atuação do assistente social, à medida que busca garantir a todos os usuários as condições de acesso ao tratamento. Sposati (2011) aponta que as condições de acesso estão entre os desafios à universalização de políticas sociais e em geral as políticas não preveem as condições e pré-condições de acesso (transporte, alimentação, outros). É preciso atentar para as condições objetivas de vida dos usuários dos serviços para que possam, de fato, contar com os procedimentos desses serviços.

O Serviço Social foi paulatinamente sendo reconhecido pelos demais profissionais da equipe como a área que vem gerando tensão para defender e gerar as condições de transplante a todos os sujeitos que necessitam de um novo órgão para viver e para manterem-se saudáveis após o transplante.

Na Unidade de Internação Pediátrica, os dilemas acerca da relação família-criança-cuidado acendem as principais contradições entre Serviço Social e equipe no contexto da demanda. O higienismo, a visão estereotipada dos papéis familiares e da organização dos cuidados, uma abordagem que busca uma visão ampliada da realidade sociofamiliar das crianças, mas que a emprega centralmente ao diagnóstico e à avaliação de riscos, muitas vezes imputados à própria família – “biografização e familiarização” do social a partir da abordagem dos riscos (CERCHIARO, 2008) –, é exemplo dos aspectos enfrentados. A demanda “tipo-prescrição” é algo que vem deixando de fazer parte do cotidiano profissional sem deixar de se reconhecer a importância da atuação profissional às situações singulares no serviço.

São aspectos enfrentados apenas quando há perspectiva crítica e capacidade de resposta que enfrente a expectativa de repreensão das famílias. No cotidiano, esses aspectos geram novas formas de pensar e

fazer, sem declinar do importante papel da profissão na atenção às situações singulares. Vasconcelos (2002) preocupa-se com as ações individualizadas que se voltam a “demandas periféricas”, assim como para “atender tudo o que é dirigido ao Serviço Social”. Decerto, o que é dirigido se atrela às condições de trabalho, a recortes de objetos e aos interesses institucionais, contudo, também podem sugerir, ainda que restritamente, um conjunto muito provável de necessidades que se apresentam ou se exacerbam nos momentos do adoecimento.

O Serviço Social rompeu com as práticas individuais de atendimento em termos de produção de conhecimento, embora, no cotidiano das ações profissionais, seja a prática mais utilizada. As críticas ao Serviço Social de Casos e a superação da metodologia de Caso, Grupo e Comunidade geraram um forte estigma para o conjunto profissional (PAULINO, 2011). Nessa direção, é interessante a passagem de Yazbek (2001):

Difícil é a passagem de nossa compreensão teórico-metodológica, totalizante e ontológica da vida social, das relações sociais, da questão social, para a compreensão desse homem com que nos deparamos na vida de todo dia nas mais diversas situações. Sabemos que as sequelas da questão social permeiam a vida das classes subalternas destituídas de poder, trabalho e informação. Sabemos também que em nossa prática cotidiana a relação com o real é uma relação com a singularidade expressa nas diferentes situações com que trabalhamos. (YAZBEK, 2011, p. 38-39)

Da unidade de Urgência e Emergência, o “centro nervoso” dos sistemas de serviços de saúde no Brasil (mesmo dos serviços privados), entre tantas questões, pode-se ressaltar que é onde os assistentes sociais são pressionados a atuar (assim como os demais profissionais) no contexto das já centenárias questões da superlotação e do encaminhamento dos pacientes para outros meios relevantes de assistência.

As unidades de Urgência e Emergência em diferentes sentidos, pelas condições de assistência, de trabalho e, diferentemente de outros serviços, recebem um fluxo de pedidos de atendimento que chegam de forma heterogênea e acerca de problemas de natureza muito diversa. A apreciação objetiva, própria da perspectiva médica, intenta definir a

"verdadeira urgência". Saúde e doença têm realidades independentes de suas definições biomédicas. Nesse sentido, a percepção de urgência e de emergência é, geralmente, uma construção contextual e profundamente coletiva, em que muitos sujeitos participam: usuários, seus familiares, outras pessoas ligadas a eles, profissionais de todas as áreas, socorristas, entre outros. O conhecimento do contexto é fundamental para compreender as urgências do usuário (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Atrás da máscara da saúde e da urgência biomédica, demandas ocultas de proteção e socorro são expressas e dirigidas pela população a um dispositivo cuja capacidade de resolutividade dos intrincados problemas que estão na raiz de suas urgências é limitada ou nula. Entretanto, os serviços que oferecem esse dispositivo representam ajuda, atendimento e abrigo preciosos no momento da manifesta necessidade. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 134)

Giglio-Jacquemot (2005) observou, assim como também observam os assistentes sociais e informam os demais entrevistados, que, a depender dos problemas apresentados, como situações de alcoolismo ou saúde mental, é comum os sujeitos passarem de paciente à condição de problema ou “caso social”. Demonstra-se que, embora indiquem questões abrangentes em saúde e sua relação com a vida em sociedade (como observam entrevistados de diferentes áreas de formação dos serviços abrangidos no estudo), objeto de todas as áreas profissionais que regularmente se encontram em serviços de emergência, torna-se “social” aquilo que foge do repertório médico-clínico tradicional e, como visto, será situação para demanda do assistente social, a depender de algumas condições, principalmente as de trabalho na relação com a prestação de assistência a um maior número de usuários que buscam serviços.

Mesmo que possa entender que os assistentes sociais atuem nas rotinas excludentes dos serviços, pode-se compreender que sua atuação tem como eixo a defesa dos direitos dos usuários que buscam o serviço em tão diferentes contextos. Embora com limitações no que tange à rede de serviços de proteção social, constituem, com a organização e a direção de seu trabalho, uma linha de contra-hegemonia, favorecendo a integralidade na atenção à saúde. Os assistentes sociais buscam, no planejamento de suas atividades, questionar os profissionais das equipes, suas rotinas excludentes na defesa da garantia da atenção sem

disparidades, defendendo a permanência dos pacientes mesmo para além da alta clínica, a fim de garantir condições de cuidado pós-internação. Esses são exemplos de como tornar ativo um projeto de profissão que é contra-hegemônico às formas instituídas de prestação de assistência no setor social.

É interessante destacar Yazbek (2014), quando ressalta as dimensões dos desafios à profissão no contexto das recentes mudanças impostas pelo capital⁸³. Entre as dimensões, destaca o desafio da profissão na construção de “mediações políticas e ideológicas expressas sobretudo por ações de resistência e de alianças estratégicas no jogo da política em suas múltiplas dimensões, por dentro dos espaços institucionais e especialmente no contexto das lutas sociais”. Essa dimensão tem dois âmbitos: o primeiro é que é possível desenvolver iniciativas de resistência, buscar as novas práticas que se esboçam como alternativa por dentro dos espaços institucionais onde atuam os assistentes sociais, em que se torna fundamental apoiar as resistências cotidianas das classes subalternas em nossa sociedade. “É quando nos referimos às relações de poder, não podemos excluir as relações dos profissionais com a população. É o poder das triagens das elegibilidades, das governabilidades, das concessões dos laudos, das visitas controladoras, das definições de quem fica e quem não fica, de quem pode participar de um programa, etc.” (YAZBEK, 2014, p. 687).

A segunda dimensão das lutas possíveis nos espaços institucionais é considerar e fortalecer o papel dos organismos político-organizacionais dos assistentes sociais brasileiros. A inserção da profissão nas lutas sociais – seu protagonismo, conquistas e desafios – é uma construção coletiva que ganha legitimidade política e capilaridade por esses órgãos. A eles pode-se atribuir um caráter de intelectual coletivo que articula a

⁸³ Segundo Yazbek (2014), o contexto de crise e mudanças impostas pelo capital interpela o Serviço Social em outras duas dimensões: primeira, as novas manifestações e expressões da questão social, resultantes dessas transformações estruturais do capitalismo. É assim que, no cotidiano institucional, os assistentes sociais se veem junto às “questões de sempre”, que requerem deles alcançar a realidade da população sem ser estranhos ao lugar que ocupam os usuários/trabalhadores “nas relações sociais, à sua cultura, à sua linguagem, a seu saber do mundo, ao seu sofrimento e às suas estratégias de resistência nesse universo de dimensões insuspeitadas”. Uma segunda dimensão é a redefinição dos sistemas de proteção social e da política social em geral, que emerge nesse contexto, implicando perda nas possibilidades da atenção às necessidades da classe trabalhadora (YAZBEK, 2014, p. 686).

presença dos assistentes sociais nas lutas igualmente coletivas (YAZBEK, 2014).

No campo das lutas conjuntas, torna-se evidente e necessária a articulação da classe laboral, em que se localiza uma importante dimensão do trabalho coletivo em saúde. Quando abordamos, nesse texto, a demanda como uma expressão do trabalho e de sua divisão, é importante retomar as potencialidades das atividades em saúde para a defesa de um sistema de serviços de saúde e de um projeto que reintegre as forças em torno da Reforma Sanitária.

A história do desenvolvimento da atenção em saúde no Brasil e do movimento de ruptura do Serviço Social com as formas tradicionais da profissão deixa clara a importância da mobilização dos trabalhadores da área, do papel da produção do conhecimento e das experiências gestadas nas universidades para o desenvolvimento de forças contra-hegemônicas que imponham o interesse da classe trabalhadora. A intelectualidade na contemporaneidade passa pela capacidade de articular a sua especialidade profissional ao desenvolvimento de uma ação política e cultural de natureza hegemônica.

Por isso, quando falamos de uma experiência de um hospital universitário, vê-se a importância desse espaço nas estratégias que busquem consolidar novas formas de se fazer saúde, para além do trabalho com os “casos” e a criação de uma nova cultura de organização do trabalho. Em se tratando da questão da recomposição do trabalho em saúde e em magnitude político-organizativa, interessada no direito social, podemos pensar inclusive na superação das questões relativas à demanda nos seus aspectos tradicionais (que expressam os interesses hegemônicos das instituições acerca da atuação profissional).

Em que pese à incompletude dessas incursões, espera-se ter indicado elementos que contribuam para ampliar as discussões a respeito da demanda aos assistentes sociais frente aos dilemas da efetivação do projeto profissional. Tudo indica que o trabalho do assistente social se constrói cotidiana e coletivamente com uma pauta compartilhada. O projeto profissional se realiza nos enfrentamentos e na contraposição, assim como na elaboração de formas e estratégias de coletivização das lutas que, inclusive, são aquelas que se processam no cotidiano, que carecem de reconhecimento e avanço.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M. **Serviço Social e organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

ADELANTADO, J.; GOMÀ, R. El contexto: la reestructuración de los regímenes de bienestar europeos. In: ADELANTADO, J. (Org.). **Cambios en el estado del bienestar**: políticas sociales y desigualdades em España. Barcelona: Içaria/Antrzyt/Universitat Autònoma de Barcelona, 2000, p. 61-95.

ALMEIDA FILHO, N. A Clínica, a Epidemiologia e a Epidemiologia Clínica. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, v. 3, n. 1, p. 35-53, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v3n1/02.pdf>>

ALVES, F. L. **Participação e gestão democrática das políticas públicas**: a inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos conselhos de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **Da atenção básica à internação hospitalar**: uma reflexão acerca da trajetória de assistência do usuário do SUS de Florianópolis. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Hospitalar) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

ALVES, S. M. C. **Processo de participação da sociedade civil nas consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária** – Anvisa (2000-2006). Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

ALVES, F. L. **Trajetórias de acesso da população aos serviços dos SUS**: um estudo sobre a cirurgia bariátrica. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

APERIBENSE, P. G. G. S.; BARREIRA, I. A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-482, 2008.

AREDES, J. S.; MODESTO A. L. "Entre vidas e mortes, entre máscaras e fugas": um estudo sobre a prática médica. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 435-453, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200435&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975. Disponível em: <<https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>>

AVRITZER, L. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: SANTOS, B. S. (Org.). **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 561-697.

BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 615-626, mar. 2007.

BARAN, P. A.; SWEEZY, P. M. **Capitalismo monopolista**: ensaio sobre a ordem econômica e social americana. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1974.

BARCELOS, M. S. **A incorporação da família nos serviços de saúde**: um debate a partir das concepções dos profissionais num hospital de alta complexidade. Dissertação (Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEIRED, J. L. B. A função social dos intelectuais. In: AGGIO, A. (Org.). **Gramsci**. A vitalidade de um pensamento. São Paulo: Unesp, 1998, p. 121-132.

BOBBIO, N. **Os intelectuais e o poder**: dúvidas e opções dos homens de cultura na sociedade contemporânea. São Paulo: UNESP, 1997.

BONET, O. Saber e sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 123-

150, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v9n1/06>>. Acesso em: jul. 2017.

BRASIL. (1965). Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: set. 2016.

_____. (1990). Casa Civil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: set. 2017.

_____. (1991). Casa Civil. Lei nº 8.242, de 12 de outubro de 1991. **Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8242.htm>. Acesso em: set. 2017.

_____. (1995a). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. **Aprova em sua íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados**. Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-1-a-99.pdf>>. Acesso em: set. 2017.

_____. (1998a). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.407, de 5 de agosto de 1998. **Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes**. Disponível em: <http://www.adote.org.br/assets/files/portaria_3407.pdf>. Acesso em: jun. 2016.

_____. (2002a). Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002. **Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social**. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/diretrizes-curriculares>>. Acesso em: set. 2016.

_____. (2002b). Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. **Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.** Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: jun. 2016.

_____. (2004). Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2009a). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. **Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: jun. 2006.

_____. (2010a). Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: jun. 2016.

_____. (2010b). Ministério da Saúde. **Manual de orientação: elaboração de Portarias no Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_de_orientacao_elaboracao_portarias.pdf>. Acesso em out. 2016.

_____. (2011a). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: nov. 2016.

_____. (2011b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 10 ago. 2016.

_____. (2011c). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: jun. 2016.

_____. (2011d). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha | Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2011e). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. **Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/rdc0063_25_11_2011.pdf/94c25b42-4a66-4162-ae9b-bf2b71337664>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2012a). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. (2012b). Ministério da Saúde. Portaria nº 845, de 2 de maio de 2012. **Estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos**

transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos.

Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0845_02_05_2012.html>. Acesso em: jun. 2016.

_____. (2012c). Ministério da Saúde. Portaria nº2.809, de 7 de dezembro de 2012. **Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html>. Acesso em: jun. 2016.

_____. (2013a). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).** Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2013b). Ministério da Saúde. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013. **Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).** Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2013c). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. **Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.** Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2013d). Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2014a). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. **Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2015a). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: jun. 2016.

_____. (2016a). Ministério da Saúde. **CIT.** Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/se-cit/11-st-cit/17164-cit>>. Acesso em: out. 2016.

_____. (2016b). Casa Civil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. **Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm>. Acesso em: set. 2017.

_____. (2016c). Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Transplantes. Estabelecimentos de Saúde. **Requerimento para realizar transplante de fígado.** Disponível em: <<http://sctransplantes.saude.sc.gov.br/index.php/credenciamento/creden>>

[ciamento-de-estabelecimentos/file/27-transplante-de-figado](#). Acesso em: set. 2017>.

_____ (2017a). Ministério da Saúde. **Consultas Públicas**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/consultas-publicas#wrapper>>. Acesso em: dez. 2017.

_____ (2017b). Ministério da Saúde. Portaria nº 1.397, de 7 de junho de 2017. **Dispõe sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - Estratégia AIDPI e sua implementação e execução no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS)**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/14589-portaria-n-1-397-de-7-de-junho-de-2017>>. Acesso em: set. 2017.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 2010.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A. M.; GAMA, A. S.; MONNERAT, G. L. **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez, 2004, p. 25-47.

BUSSO, G. **Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para latinoamerica a inicios del siglo XXI**. Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. Disponível em: <<https://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/8283/GBusso.pdf>>. Acesso em jan. 2018.

CAETANO, P. S. **O serviço de emergência sob o prisma da integralidade: um olhar para além das demandas biomédicas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização Modalidade Residência Integrada

Multiprofissional em Saúde – Área Urgência e Emergência) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

CAETANO, P. S.; BARCELOS, M. S.; MIOTO, R.C.T. Demandas para o Serviço Social na área da saúde. **Anais da Semana do Serviço Social UFSC: Movimentos sociais, trabalho e exercício profissional 2010**, Florianópolis, 2010.

CALADO, S. S.; FERREIRA, S. C. R. **Análise de documentos**: método de recolha e análise de dados. Trabalho de Conclusão de Curso (Metodologia de Investigação I) - Departamento de Educação da Faculdade de Ciências. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005.

CAMARGO, K. R. JR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais**: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul -dez 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>>.

CAMPOS, G. W. S. **A Saúde Pública e a defesa da vida**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005

CARVALHO, A. P. P.; FORT, M. C. Miatização nas relações de trabalho e as práticas de comunicação de grupos organizacionais em dispositivos móveis: o caso WhatsApp. In: 40º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 2017, Curitiba, PR. **Anais** (online). Disponível

em: <<http://portalintercom.org.br/anais/nacional2017/resumos/R12-1698-1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva**. Disponível em: <<http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Forma%E7%E3o%20e%20educa%E7ao.pdf>>. Acesso em mai./17.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

CERCHIARO, E. O. **El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatlista**. Montevideo: Ediciones Trilce, 2008.

CONNIL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 18 (suplemento), Rio de Janeiro, p. 191-202, 2002.

_____. **Sistema ou cobertura universal em saúde?** [2014]. Disponível em: <<http://apsredes.org/blog/sistema-ou-cobertura-universal-em-saude-leia-a-entrevista-com-a-pesquisadora-eleonor-conill/>>. Acesso em: jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução CFESS N.º 273/93 de 13 março de 1993. **Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências**. Disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf>. Acesso em: jan. 2018

_____. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. CFESS: Brasília, 2009.

CULLEN, L. T. The first Lady Almoner: the appointment, position, and findings of Miss Mary Stewart at the Royal Free Hospital, 1895–99.

Journal of the History of Medicine and Allied Sciences, v. 68, n. 4, p. 551-582, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3792647/>

DAVIDSON, A.; WEEKLEY, K. Gramsci e os direitos humanos. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. P. **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 83-98, 2003.

DELEUZE, G. Prefácio. A ascensão do social. In: DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 99-120.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____. **La invención de lo social**. Ensayo sobre la declinación de las pasiones políticas. Buenos Aires: Nueva Visión, 2007.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

ENGELS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2008.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989, p. 181-192.

_____. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 385-434.

ESCORSIM NETTO, L. **O conservadorismo clássico: elementos de caracterização e crítica**. São Paulo: Cortez, 2011.

ESTELLITA-LINS, C. A urgência/emergência como modelo crítico para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T. C. (Orgs.). **Ética, técnica**

e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 10.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

FERNANDES, F. **Marx, Engels, Lenin: história em processo**. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

FERREIRA, J. O corpo sígnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/t dj4g/pdf/alves-9788575412763-09.pdf>>

FITTIPALDI, A. L. M.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em debate**, v. 39, n. 104, p. 76-87, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100076&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jan. 2018.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

_____. **Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. (s.d). O nascimento da medicina social. **Microfísica do poder**. Disponível em: <https://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em: set. 2017.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas, SP). In: MERHY, E. E.

et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 135-160.

_____. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 5, n. 2, p. 181-194, 2009.

FREIDSON, E. **Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado**. São Paulo/Porto Alegre: UNESP/SIMERS, 2009.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/ABRASCO, 1989, p. 91-118.

GARBOIS, J. A.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1173-1182, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401173&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 jan. 2018.

GELBCKE, F. L. *et al.* **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago**. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: Plano Diretor Estratégico / Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2016.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOSLING, G. C. **Payment and philanthropy in british healthcare, 1918–48**. Manchester (Reino Unido): Manchester University Press, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28678464>>

HALL, S. **Da diáspora: identidades e mediações culturais**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2013.

HOBSBAWM, E. **A era das revoluções (1789-1848)**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

HOPKINS MEDICINE. **Psychiatry and Behavioral Sciences**. Expert Team. Social Work. Disponível em: <http://www.hopkinsmedicine.org/psychiatry/expert_team/social_work/history.html>. Acesso em: set/2017.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. Ensaios críticos. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Atribuições privativas do/a assistente social: em questão**. CFESS: Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.

_____. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. **Serviço Social & Sociedade**, n. 128, São Paulo, p. 13-38, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n128/0101-6628-ssoc-128-0013.pdf>>

_____.; CARVALHO, R. C. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 8.ed. São Paulo: Cortez/Celats, 1991.

JAMRA, C. C. A.; CECILIO, L. C. O; CORREIA, T. Os médicos e a racionalização das práticas hospitalares: novos limites para a liberdade profissional? **Saúde em debate**, v. 40, n. 108, p. 86-94, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100086&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 jan. 2018.

JUTEL, A.; NETTLETON, S. Towards a sociology of diagnosis: reflections and opportunities. **Social Science & Medicine**, v. 73, n. 6, p. 793-800, set. 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611004540?via%3Dihub>>. Acesso em 16 jan 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LA PORTA, L. Especialista + Político. In: LIGUORI, G.; VOZA, P. (Orgs.). **Dicionário gramsciano**. São Paulo: Boitempo, 2017, p. 251-252.

LAROCCA, L. M.; MARQUE, V. R. B. Quando a higiene se torna pública: saúde e Estado. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 75-80, abr. 2005. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/4682>>.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina Social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LEAL, R. A. S.; XAVIER, A. Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Área Urgência e Emergência). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/servico-social/wp-content/uploads/sites/17/2014/11/TCC-ROBERTA-SANTIN-LEAL.pdf>>. Acesso em: jan. 2018.

LENHARDT, G.; OFFE, C. Teoria do Estado e política social. In: OFFE, C. (Org.). **Problemas estruturais do Estado capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984, p. 10-53.

LENIN, V. I. **Imperialismo**: fase superior do capitalismo. São Paulo: Centauro, 2002.

LIGUORI, G. Ideologia. In: LIGUORI, G.; VOZA, P. (Orgs.). **Dicionário gramsciano**. São Paulo: Boitempo, 2017, p. 398-402.

LOPES, L. **Atendimento de emergência no Brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização – Condutas de Enfermagem no Paciente Crítico). Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, 2009. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00003C/00003CD6.pdf>>. Acesso em: set. 2017.

LOPES, A. S. **A linha tênue do cuidado**: família no serviço de transplante hepático. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Área Alta Complexidade). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

LUXEMBURG, R. **A acumulação do capital**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 3.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

_____. **Natura, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 593-606, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Jan. 2018.

MANDEL, E. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARSAUD, G. O Serviço Social no hospital e suas várias assistências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965, p. 299-301. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>.

MARSIGLIA, R. M. G.; CARREIRA, M. O. C. S.; AMARAL, D. P. Do Serviço Social médico ao Serviço Social na saúde: meio século de história em São Paulo. **Serviço Social & Saúde**, v. 15, n. 1 (21), p. 37-50, jan./jun. 2016.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In: _____. (Org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. 2.ed. São Paulo: Veras Editora, 1999, p. 21-29.

MARTINI, D. **A intervenção do assistente social no NASF e no PAIF no município de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MARX, K. **Contribuição à crítica da Economia Política**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

_____. **O Capital: crítica da Economia Política**. vol. 1, tomo 2. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

_____. Prefácio da 1ª edição e Posfácio da 2ª edição. **O Capital**. Vol. 1, São Paulo: Nova Cultural, 1985.

_____. Teses sobre Feurbach. In: MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

_____.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL. **Social Service**. History. Acesso em: set./2017. Disponível em: <<http://www.mghpcs.org/socialservice/History.asp>>

MATOS, M. C. O debate do Serviço Social na saúde dos anos 90. **Serviço Social & Sociedade**, n. 74, São Paulo, p.85-117, 2003.

MENDES, E. V. (Org.). **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Cadernos Cefor. Série de textos 1. São Paulo: CEFOR, 1992. Disponível em:

<<https://pt.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>>

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 137-174.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIOTO, R. C. T. Reconstruindo o processo: a construção de uma outra cartografia para intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias. **Projeto de Pesquisa**. Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

_____.; DAL PRÁ, K. R. Serviços sociais e responsabilização da família: contradições da política social brasileira. In: MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S. C.; CARLOTO, C. M. (org.). **Familismo, direitos e cidadania**: contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015, p.147-178.

_____.; NOGUEIRA, V. M. R. Política social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Katálysis**, Florianópolis, v. 16, p. 61-71, 2013.

_____. Serviço Social e saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MITJAVILA, M. Medicalização, risco e controle social. **Tempo social**, 27, n. 1, p. 117-137, jun. 2015. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702015000100117&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 jan. 2018.

MORAES, M. F. **Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente**. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6123/2/51.pdf>>

MOTA, A. E. 80 anos do Serviço Social brasileiro: conquistas históricas e desafios na atual conjuntura. **Serviço Social & Sociedade**, n. 128, p. 39-53, 2017.

NETTO, J. P. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 50, p. 87-132, 1996.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

_____. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011b.

NOGUEIRA, R. P. (s.d). O trabalho em serviços de saúde. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1500.pdf>>.

Acesso em: set. 2017.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do Estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

PAIM, J. S. A formação de recursos humanos em Saúde Coletiva: contribuição da Residência em Medicina Preventiva e Social. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 9, n. 2, p. 88-94, 1985.

_____.; FILHO, N. A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, n. 4, v. 32, p. 299-316, 1998.

PAIVA, B. A. **A política de financiamento da assistência social: a imprecisa tradução da LOAS**. Tese (Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

PAULINO, S. E. **De “caso” a sujeito – Desafios da prática do assistente social no atendimento sócio-individual: contribuições metodológicas**. Tese (Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese (Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, P. A. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREZ, E. P. Editorial. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 1, p. 9-13, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19977.pdf>. Acesso em: nov. 2017>.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2001, p. 69-115.

_____. *et al.* Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: _____.; MATOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe,**

participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2005, p. 11-31.

PRATES, J. C.; PRATES, F. C. Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 2, p. 111-125, 2009.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 107, p. 420-437, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 jan. 2018.

RANGEL, R. F. **Assistência no Rio de Janeiro**: elite, filantropia e poder na Primeira República. Tese (Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0912212_2013_completo.pdf>

REA-NETO, A. Raciocínio clínico – o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n.4, p.301-311, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400009&lng=pt&nrm=iso>

RICHARDSON, J. R. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RICHMOND, M. E. **Caso social individual**. Buenos Aires: Humanitas, 1977.

RICHMOND, M. Social Work: the case worker's task – 1917. **The Social Welfare History Project**. s.d. Acesso 02.set/2013. Disponível em: <<http://www.socialwelfarehistory.com/programs/social-work-the-case-workers-task-1917/>>

ROJAS, P. Variations of the social: some reflections on public health, social research and the health-society relation. **Saúde e sociedade**, v. 24, supl. 1, p. 124-140, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500124&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 jan. 2018.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p. 25-82.

SANGLARD, G. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Esboços - Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC**, Florianópolis, v. 13, n. 16, p. 11-33, out. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/view/119>>.

SANGLARD; G.; FERREIRA, L. O. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). **Estudos Históricos (Rio de Janeiro)**, vol. 27, n. 53, p. 71-91, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21862014000100071>

SANTOS, J. S. “**Questão social**”: particularidades no Brasil. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. vol. 6. São Paulo: Cortez, 2012.

SARACENO, C. Le compatibilità sociali nella riforma del welfare. In: **Animazione Sociale**, 6/7, Italia, 1997.

SBCVV (2003). Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular. **O processo de doação – transplante**. Disponível em: <http://www.sbcev.org.br/residentes/downloads/area_cientifica/processo_doacao_orgaos.pdf>. Acesso em: set. 2017.

SCHÜTZ, F. **O debate sobre os serviços na política social**: implicações para o Serviço Social. Dissertação (Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SEMERARO, G. Intelectuais “orgânicos” em tempos de pós-modernidade. **Cadernos Cedex**, vol. 26, n. 70, set./dez. 2006, p. 373-391. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ccedes/v26n70/a06v2670.pdf>>. Acesso em: jun.2016.

SGRITA, G. B. **Famiglia, mercato e stato**. Milano: Franco Angeli, 1998.

SILVA, L. R. **A narrativa da profissão**: a imagem do Serviço Social no Distrito Federal (Rio de Janeiro, 1930 - 1940). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Rio de Janeiro, 2016, Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/18228/2/222.pdf>>

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SIMÃO, V; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. **Saúde em debate** [online]. 2016, vol.40, n.108, p. 156-169.

SIMIONATTO, I. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. 2.ed. Florianópolis: Ed da UFSC, 1999.

SOUZA, M. L. As indefinições do “social” na política social e no Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 1, p. 32- 52, set. 1979.

SPOSATI, A. Tendências latino-americanas da política social pública no século 21. **Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 104-115, jan./jun. 2011.

STEVANIM, A. L. Quem banca o essencial? **Radis**, n. 183, p. 22-25, dez. 2017. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/quem-banca-o-essencial>>. Acesso em: jan. 2018.

STRAZZERI, V.A trajetória histórica do “social”. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 119, p. 508-530, 2014.

TERRA, S. H. **Parecer jurídico n. 27/98**. Conselho Federal de Serviço Social. Análise das competências do assistente social em relação aos parâmetros normativos previstos pelo art. 5º da Lei 8662/93, que estabelece as atribuições privativas do mesmo profissional. CFESS: Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.cress-es.org.br/site/images/parecer%20cfess%20-%2027-98.pdf>>. Acesso em: jun. 2016.

THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria ou um planetário de erros.** Uma crítica ao pensamento de Althusser. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

ULIN, P. R.; ROBINSON, E. T.; TOLLEY, E. E. **Investigación aplicada en salud pública.** Métodos cualitativos. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2006.

VAISBICH, S. B. **Serviço Social:** tipologia de diagnóstico. Subsídios. São Paulo: Cortez & Moraes, 1976.

VASCONCELOS, E. M. O taylorismo e a construção da medicina das classes populares. **Serviço Social & Sociedade**, n. 31, São Paulo, p. 56-74, 1989.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VELOSO, C. A equipe interprofissional no hospital universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 9, n. 2, p. 73-74, 1985.

VIEIRA, B. O. **História do Serviço Social:** contribuição para construção de sua teoria. 3.ed. Rio de Janeiro: Agir, 1980.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/01/21860-68023-1-PB.pdf>. Acesso em: out. 2017.

WIESE, M. L. **A categoria social no âmbito das práticas profissionais no Programa Saúde da Família do município de Blumenau.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

_____. **O processo de trabalho dos profissionais da estratégia saúde da família:** um estudo sobre as demandas sociais na saúde. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

WILLIAMS, R. **Marxismo y literatura**. Barcelona: Península, 2000.

YAZBEK, M. C. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. **Revista Temporalis**, Vitória, n. 3, ano III, p. 33-40, jan.-jun. 2001.

_____. Serviço Social, história e desafios. **Katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 13-14, 2013.

_____. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n120/05.pdf>>. Acesso em: jan. 2018.

APÊNDICE A
***CORPUS* DOCUMENTAL – PESQUISA DOCUMENTAL**

CORPUS DOCUMENTAL – PESQUISA DOCUMENTAL**GRUPO A - LEGISLAÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E TRANSPLANTES**

LEGISLAÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	LEGISLAÇÃO TRANSPLANTES
Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002	Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997
Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.	Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.
Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011	Lei nº 10.211, de 23 de março de 2001
Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento”.
Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011	Portaria nº 3.407, de 5 de agosto de 1998
Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes.
Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012	Portaria nº 541, de 14 de março de 2002
Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Aprova os Critérios para Cadastramento de Candidatos a Receptores de Fígado - Doador Cadáver, no Cadastro Técnico de Receptores de Fígado – “lista única” – das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO.

<p align="center">Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) (2013)</p>	<p align="center">Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009</p>
<p>Apresentar, esclarecer e orientar os gestores, trabalhadores e usuários sobre os principais normativos e diretrizes norteadores para a implantação da RUE nos territórios.</p> <p>Trata-se de um consolidado de todas as estratégias para a implementação da RUE.</p>	<p>Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.</p>
	<p align="center">Portaria nº 845, de 2 de maio de 2012</p>
	<p>Estabelece estratégia de qualificação e ampliação do acesso aos transplantes de órgãos sólidos e de medula óssea, por meio da criação de novos procedimentos e de custeio diferenciado para a realização de procedimentos de transplantes e processo de doação de órgãos.</p>
	<p align="center">Requerimento para realizar Transplante de Fígado – Equipe Especializada</p>
	<p>Formulário para Credenciamento de Equipes Especializadas.</p>
	<p align="center">Requerimento para realizar Transplante de Fígado – Estabelecimentos de Saúde.</p>
	<p>Formulário para Credenciamento de Estabelecimentos de Saúde.</p>

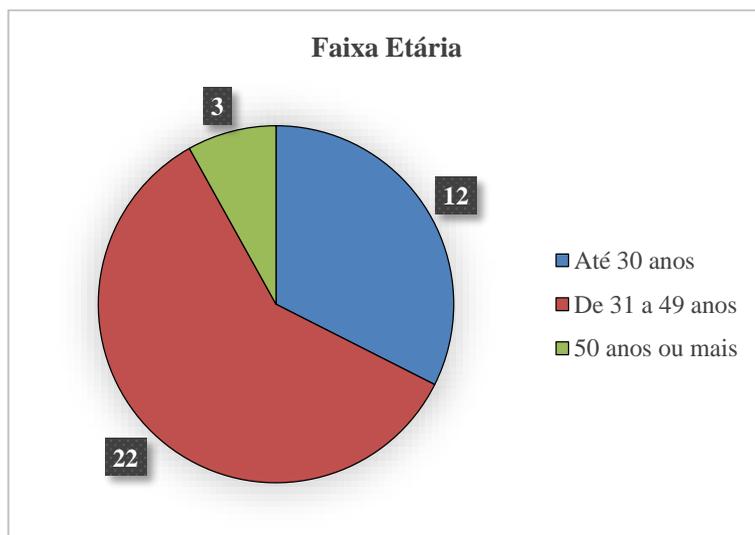
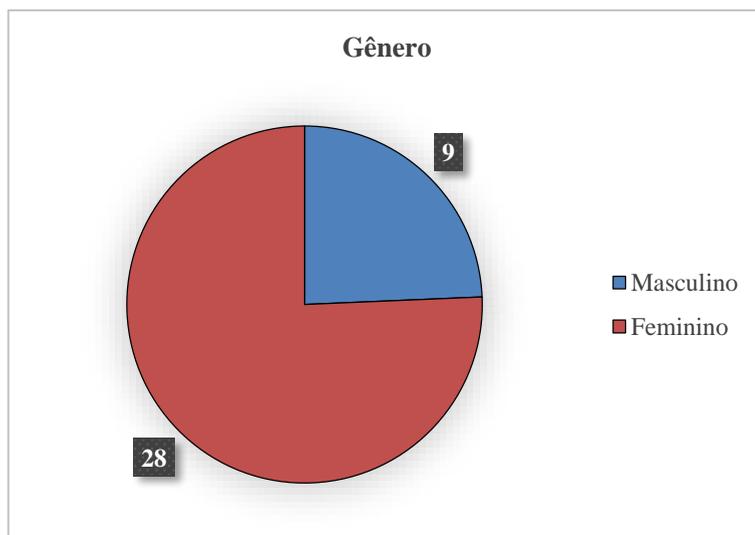
GRUPO B – DOCUMENTOS TRANSVERSAIS E SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

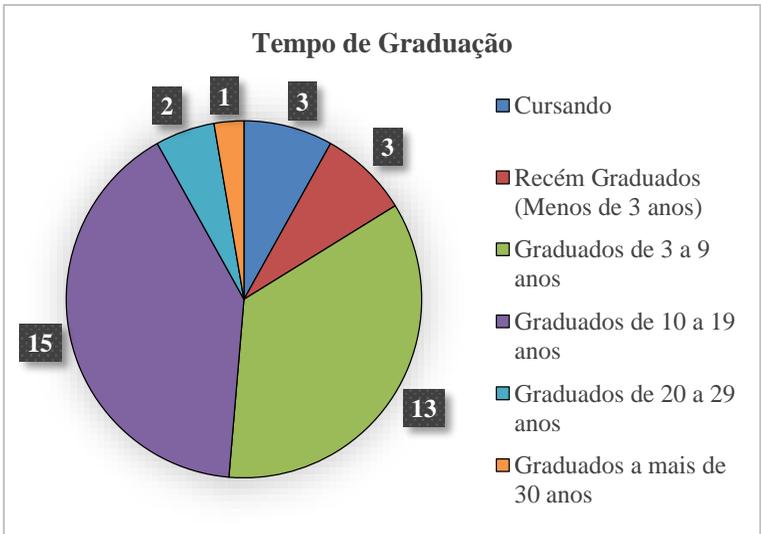
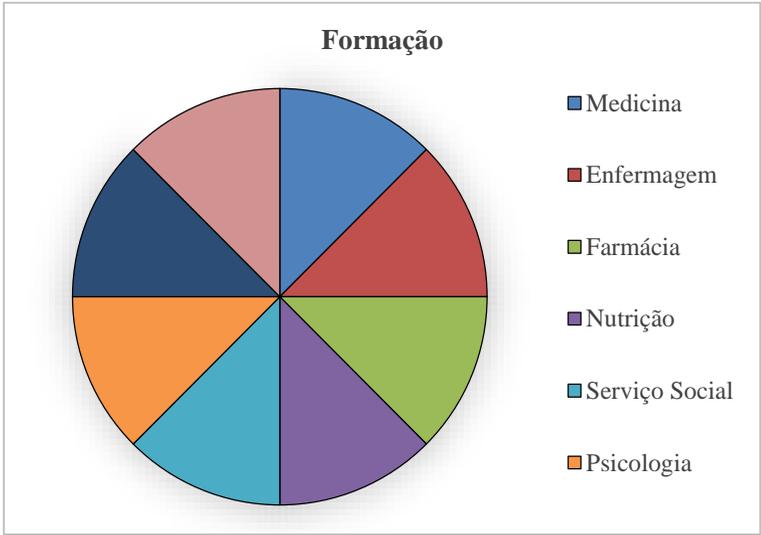
DOCUMENTOS TRANSVERSAIS	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002	Resolução Nº 41/1995 CONANDA
Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.	Aprova, em sua íntegra, o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados.
Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010	Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011
Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Cegonha. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (SUS), a Rede Cegonha.
Resolução-RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011.	Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014
Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.	Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Resolução- RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.	Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.
Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.	

<p>Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).</p>	
<p>Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013</p>	
<p>Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).</p>	
<p>HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização</p>	
<p>A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.</p>	

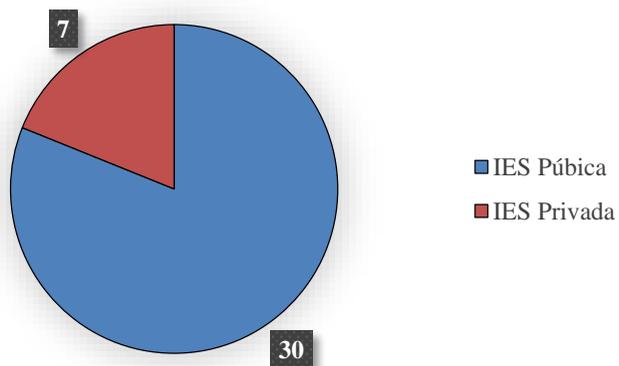
APÊNDICE B
PERFIL DOS ENTREVISTADOS

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

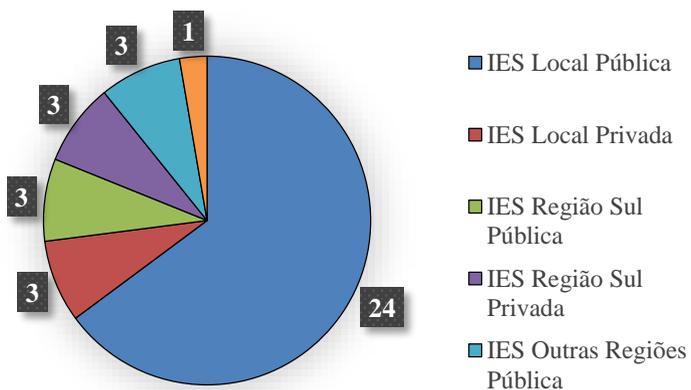


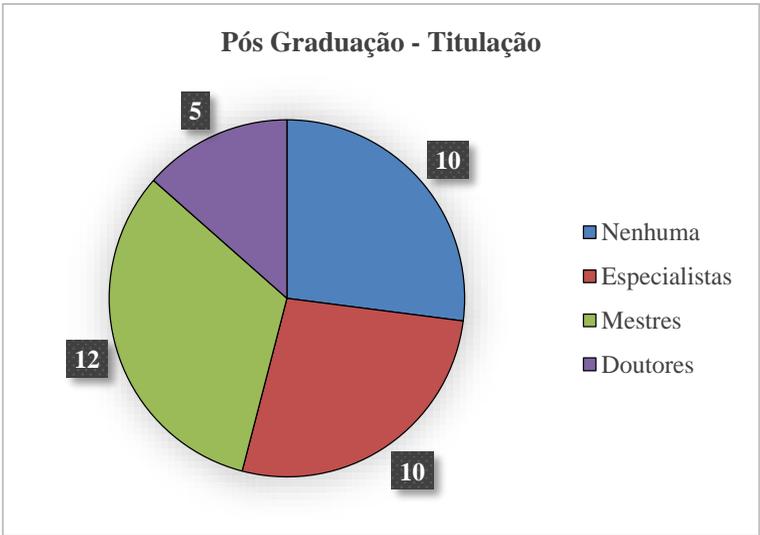
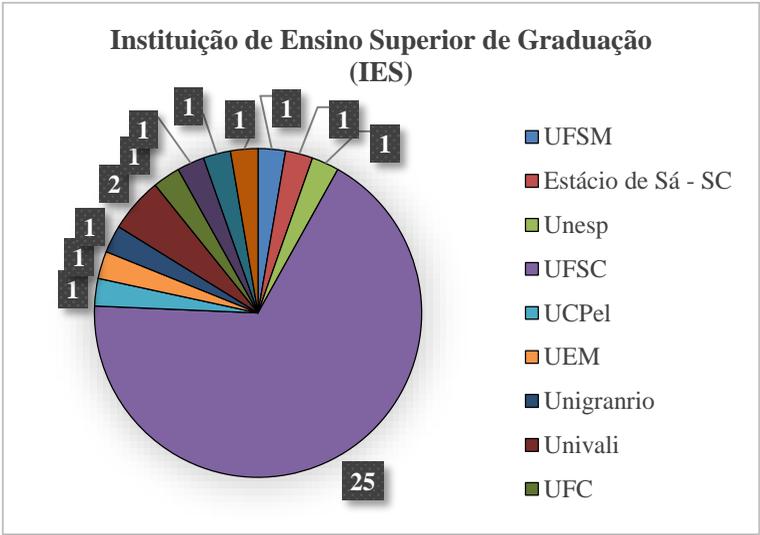


Natureza da Instituição de Ensino Superior de Graduação (IES)

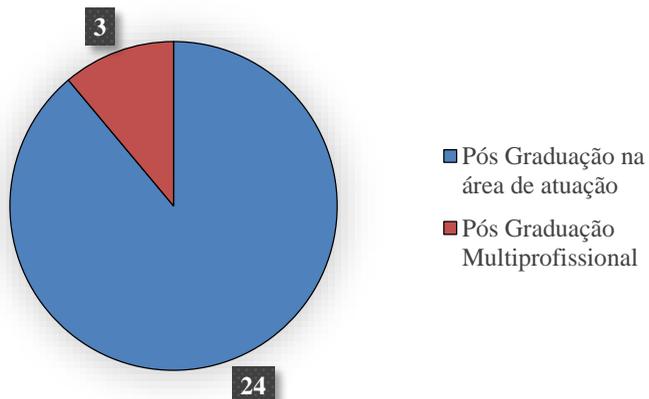


Localidade da Instituição de Ensino Superior de Graduação (IES)

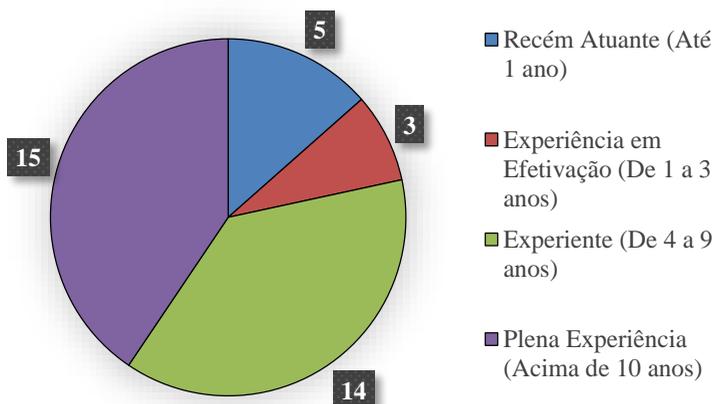




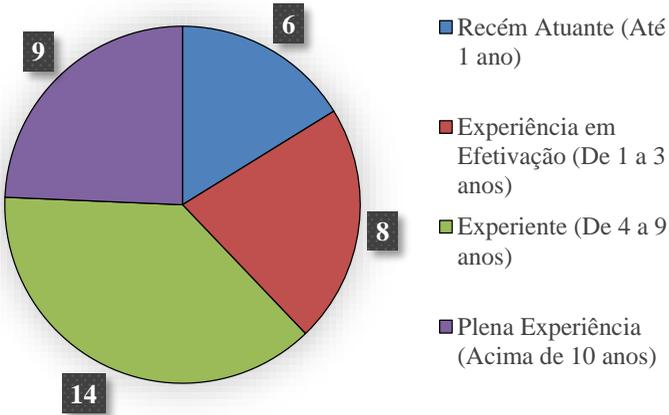
Pós Graduação na Área de Atuação no HU/UFSC



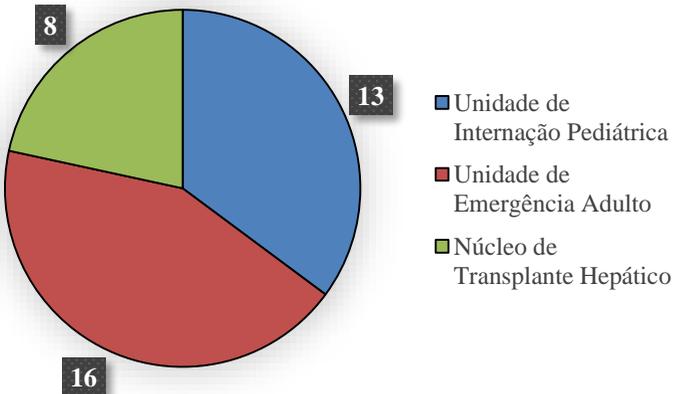
Tempo de Trabalho na Área de Formação



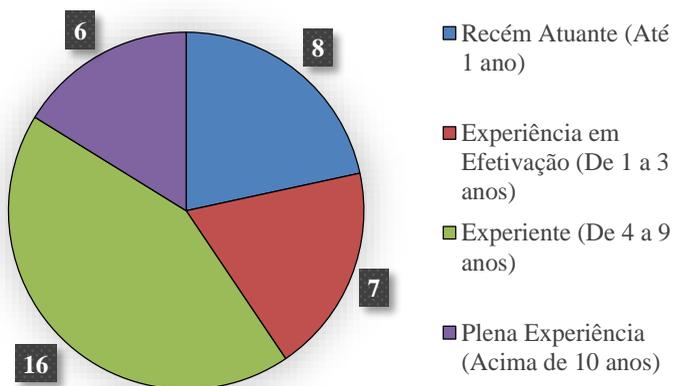
Tempo de Trabalho no HU/UFSC



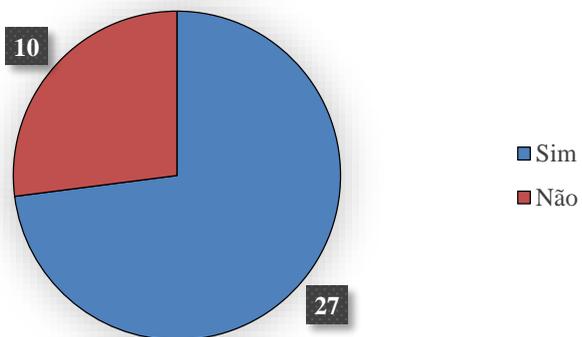
Serviço de Atuação no HU/UFSC



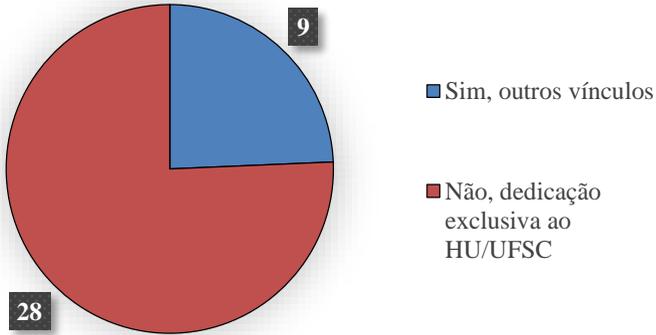
Tempo de Trabalho no Serviço de Atuação



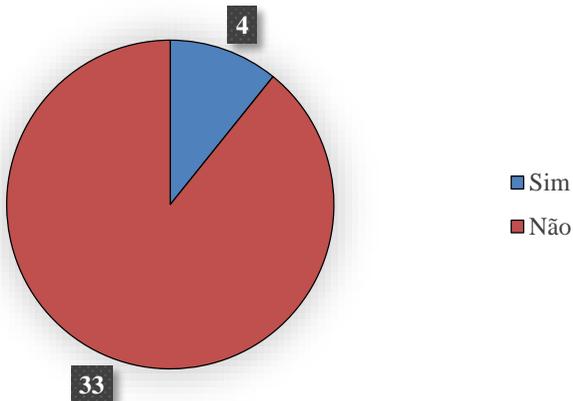
Experiência de Trabalho em outra Instituição de Saúde



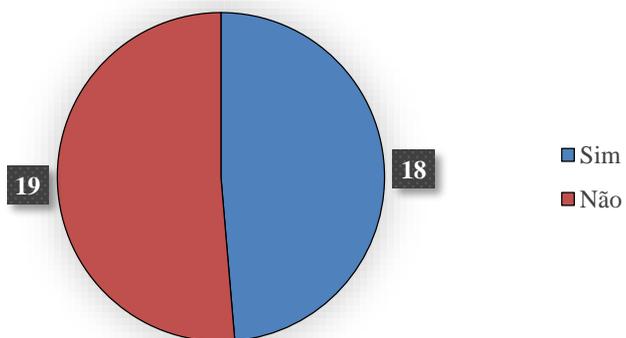
Trabalho no Momento em outra Instituição de Saúde



Experiência de Docência na Área de Atuação Profissional



Experiência de Atuação na Atenção Primária em Saúde



APÊNDICE C
ROTEIRO DE ENTREVISTA – ASSISTENTES SOCIAIS

ROTEIRO DE ENTREVISTA – ASSISTENTES SOCIAIS

Identificação: _____ Idade: ____
 Formação: _____ Ano: ____
 Formação: _____ Ano: ____
 Formação: _____ Ano: ____
 Instituição: _____ Tempo de trabalho na instituição: _____
 Tempo de trabalho na área: _____ Equipe/Serviço: _____
 Tempo de trabalho na equipe: _____ Trabalha em outras
 instituições de saúde no momento: S () N () Quais: _____

1. Como se organiza o seu trabalho hoje?
2. A quem se destina o seu trabalho?
3. Como se organiza o trabalho em equipe?
4. Há relação da sua prática com o conteúdo das portarias ministeriais, regulamentos técnicos, normas institucionais ou manuais das equipes do referido serviço?
5. Em quais as situações que os profissionais solicitam seu atendimento?
6. Você atende mais demandas advindas diretamente dos usuários, dos demais profissionais ou dos gestores?
7. Os usuários que procuram diretamente foram orientados por outros profissionais a procurar o Serviço Social? Quais profissionais?
8. Quem geralmente aciona?
9. Quais os elementos que você identifica como decisivos para o encaminhamento para o Serviço Social?
10. O que geralmente não dispensa o atendimento do assistente social nessa equipe?
11. Você entende que esses elementos [retomar] são mais ligados à formação acadêmica, formação prática (residência), da prática/cotidiano ou outros?
12. Você identifica algo da prática dos assistentes sociais com o conteúdo das portarias ministeriais, regulamentos técnicos ou manuais das equipes do referido serviço?
13. O profissional aciona o atendimento discute a situação com o assistente social? Como? Quais situações mais comuns que ocorre? Acha que é importante? Por quê?

14. Quando o profissional aciona, aponta expectativas sobre sua atuação, indica providências ou encaminhamentos necessários? Se sim, quais?
15. Existe consonância entre a leitura e a análise feita pelo profissional que demanda o atendimento e a leitura e análise feita pelo assistente social?
16. Existe consonância entre as providências sugeridas pelo profissional demandante e as que você efetua?
17. O profissional chega a acompanhar ou se interessa pelo resultado do seu trabalho?
18. Há alguma espécie de “cobrança” dos profissionais ou da instituição em relação ao trabalho?
19. Você percebe se os profissionais da equipe deixam de acionar o assistente social em alguma circunstância? Se sim, em que circunstâncias?
20. Sabe se chegam a solicitar que outro profissional atenda a situação? Por quê?
21. Você já negou a realizar atividade ou atendimento que demandou? O que ocorreu?
22. Você acredita que os profissionais da equipe sabem o suficiente sobre o trabalho do assistente social?
23. Como geralmente acionam o assistente social para atendimento? É diretamente pelo profissional? Profissional que orienta usuário ou família? Algum profissional passa para um terceiro essa solicitação? Encaminhamentos por escrito? Quais? Fluxos formais? Fluxos informais? Usa tecnologias? Redes sociais?
24. Como você organiza para atendimento?
25. Você acha que para o seu trabalho é importante o atendimento multiprofissional?
26. A estrutura, os horários, as rotinas, os fluxos têm influência no encaminhamento e resolução das demandas recebidas?
27. Você pode descrever um atendimento que efetua mais comumente a partir das demandas dos profissionais da equipe?
28. Você pode descrever algum atendimento/situação muito importante que compartilhou atendimento com profissional da equipe?

APÊNDICE D
ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DAS EQUIPES

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DAS EQUIPES

Identificação: _____ Idade: _____
 Formação: _____ Ano: _____
 Formação: _____ Ano: _____
 Formação: _____ Ano: _____
 Instituição: _____ Tempo de trabalho na instituição: _____ Tempo de trabalho na área: _____ Equipe/Serviço: _____ Tempo de trabalho na equipe: _____ Trabalha em outras instituições de saúde no momento: S () N () Quais: _____

1. Como se organiza o seu trabalho hoje?
2. A quem se destina o seu trabalho hoje?
3. Qual a relação da sua prática com o conteúdo das portarias ministeriais, regulamentos técnicos, normas institucionais ou manuais das equipes do referido serviço?
4. Você demanda o atendimento do assistente social em alguma situação? Quais?
5. O que você leva em consideração para solicitar o atendimento do assistente social?
6. Você pode definir elementos importantes dessas situações que o levam a solicitar o atendimento do assistente social?
7. São elementos que você entende que são mais ligados à formação acadêmica, formação prática (residência), à prática/cotidiano ou outros?
8. Você atribui o que aprendeu sobre o trabalho do assistente social mais a formação acadêmica ou mais a sua prática ou formação prática?
9. Identifica algo da prática dos assistentes sociais com o conteúdo das portarias ministeriais, regulamentos técnicos ou manuais das equipes do referido serviço?
10. Quando o assistente social solicita seu atendimento ou discute alguma situação você entende que essa interlocução é importante? Por quê?
11. Você chega a acompanhar ou buscar o resultado do trabalho do assistente social?
12. Você avalia o trabalho do assistente social importante para os pacientes? Para a instituição? Para a equipe?

13. Quais as situações que fica em dúvida sobre a pertinência do atendimento do assistente social? Nessas ocasiões, como procede?
14. Você deixa de acionar o assistente social em alguma circunstância? Quais?
15. Em alguma situação o assistente social já negou a realizar atividade ou atendimento que demandou? O que ocorreu?
16. Quais atribuições que você entende que são do assistente social na equipe?
17. Como geralmente você aciona o assistente social para atendimento? É diretamente feito por você? Conta com auxílio de terceiros? Encaminhamentos por escrito? Quais? Fluxos formais? Fluxos informais? Usa tecnologias? Redes sociais?
18. A estrutura, os horários, as rotinas, os fluxos têm influência na demanda de atendimento do assistente social?
19. Você pode descrever um atendimento que efetua mais comumente com o assistente social?
20. Você pode descrever algum atendimento/situação muito importante que compartilhou atendimento com um assistente social?

APÊNDICE E
QUADROS MATRICIAIS – ANÁLISE DE CONTEÚDO

CATEGORIA: TENDÊNCIAS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE – ESTADO, INSTITUIÇÕES E A ORGANIZAÇÃO ECONÔMICA E SOCIAL DO TRABALHO EM SAÚDE	
TEMA (UNIDADE DE REGISTRO)	EXEMPLOS (UNIDADES DE CONTEXTO)
A COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES	<p>EX1. Profissionais mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências nas suas áreas específicas de atuação profissional: Médico Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista-Obstetra, Cirurgião Geral, Traumatologista-Ortopedista, Anestesiologista, Intensivista.</p> <p>EX2. Serviço de Suporte, Acompanhamento Clínico e Reabilitação: A Unidade deve contar com os serviços e profissionais nas seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, estes profissionais não precisam ser exclusivos da Unidade): Psicologia Clínica; Nutrição; Assistência Social; Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Farmácia; Hemoterapia, entre outros.</p> <p>EX3. As UCP deverão contar com uma equipe multiprofissional para cada módulo, com quinze a vinte e cinco leitos, com as seguintes composição e carga horária mínimas de trabalho dos respectivos profissionais: I – médico: vinte horas semanais, distribuídas de forma horizontal, de segunda a sexta-feira; II – enfermeiro: sessenta horas semanais; III – técnico de enfermagem: no mínimo um técnico para cada cinco usuários hospitalizados, disponível nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana; IV – assistente social: vinte horas semanais; V – fisioterapeuta: sessenta horas semanais; VI – psicólogo: vinte horas semanais; e VII – fonoaudiólogo: trinta horas semanais.</p> <p>EX4. O formulário de cadastro da equipe de transplante de fígado: “corpo clínico” e</p>

	<p>“multiprofissional”: pediatra, nefrologista, infectologista, hemoterapeuta; radiologista; imunologista; assistente social; fisioterapeuta; especialista em saúde mental; anestesista com experiência em transplante hepático e no atendimento a pacientes com insuficiência hepática; enfermeiro com experiência em transplante hepático.</p> <p>EX5. Ao aderir às Boas Práticas, o serviço de saúde deve cumprir padrões de qualidade e requisitos das legislações e regulamentos vigentes. O serviço de saúde também deve dispor de quadro de pessoal qualificado, ambientes identificados; equipamentos, materiais e suporte logístico. O serviço de saúde deve manter normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda a equipe.</p>
<p>DIVISÃO SOCIOTÉCNICA DO TRABALHO E A DISTRIBUIÇÃO DAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS NA SAÚDE</p>	<p>EX1. A Emergência deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.</p> <p>EX2. Formulário de cadastro da equipe de transplante de fígado: “corpo clínico” e “multiprofissional”: pediatra, nefrologista, infectologista, hemoterapeuta; radiologista; imunologista; assistente social; fisioterapeuta; especialista em saúde mental; anestesista com experiência em transplante hepático e no atendimento a pacientes com insuficiência hepática; enfermeiro com experiência em transplante hepático.</p> <p>EX3. É responsabilidade da equipe especializada autorizada para a realização de transplantes a manutenção e atualização das informações sobre a situação clínica dos pacientes por ela listados, em especial os dados</p>

	<p>que concernem aos critérios de seleção a serem utilizados para alocação do órgão ou tecido.</p> <p>EX4. Apoio em tempo integral às equipes especializadas e à realização dos procedimentos.</p> <p>EX5. Urgência e Emergência: serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação.</p> <p>EX6. Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências. A unidade deve “contar com equipe 24h, composta por médicos especializados” e “equipe multidisciplinar” e “equipes para manejo de pacientes críticos”.</p> <p>EX7. Apoio matricial: As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando à atenção integral ao usuário.</p>
<p>ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL</p>	<p>EX1. O assistente social fará assistência social.</p>
<p>ATRIBUIÇÕES DE EQUIPES</p>	<p>EX1. Avaliação global na internação ou reinternação entre equipe dos serviços envolvidos, como mencionado; a elaboração de Plano Terapêutico; articulação conjunta com as equipes de Atenção Básica; elaboração de relatório que informe as condições atuais do usuário e proposta de cuidados necessários em domicílio; orientação e apoio à família e ao cuidador para a continuidade dos cuidados do usuário em domicílio; articulação com demais serviços da rede social de apoio, com proposta de alianças intersetoriais para potencialização do cuidado.</p>

	<p>EX2. O trabalho em equipe multiprofissional aparece como estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital. As equipes compartilharão informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.</p>
<p>ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E DOS RESULTADOS</p>	<p>EX1. Rotinas de Funcionamento e Atendimento.</p> <p>EX2. Protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos. Mecanismos de Gestão da Clínica.</p>
<p>RESULTADOS DO TRABALHO. PROCEDIMENTOS.</p>	<p>EX1. Realização do transplante – procedimento médico-cirúrgico.</p> <p>EX2. Na atenção às urgências e emergências, prevê-se a resolução integral da demanda ou sua transferência responsável, ou seja, há uma perspectiva geral de resultados a serem alcançados por equipes mínimas (Medicina e Enfermagem) e o “apoio” de outras áreas. O resultado é generalizado, já que se refere a uma perspectiva a todas as portas de entrada dos serviços de saúde.</p> <p>EX3. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas</p>
<p>ATENÇÃO GERENCIADA</p>	<p>EX1. Trabalho de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado.</p> <p>EX2. As unidades atenderão às linhas de cuidado prioritárias (o infarto agudo do</p>

miocárdio, do acidente vascular cerebral; da traumatologia).

EX3. Núcleo de acesso: garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares; monitorar o tempo de espera para atendimento; avaliar por meio de indicadores clínicos e administrativos; propor e acompanhar a adoção de protocolos clínicos; articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar; vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência; uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho; atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado em articulação aos demais serviços da rede; definir critérios de internação e alta.

EX4. O gerenciamento dos leitos a partir da prática clínica no processo de internação e de alta está contemplado para a eficiência na gestão.

EX5. As Boas Práticas em Saúde – política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços. Ferramenta de gerenciamento: a Garantia da Qualidade. Os componentes dessa ferramenta são as Boas Práticas de Funcionamento (BPF), que visam assegurar padrões de qualidade adequados.

EX6. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Gestão da Clínica, que aparece definida como “práticas assistenciais e gerenciais desenvolvidas a partir da caracterização do perfil dos usuários por meio da gestão de leitos, corresponsabilização das equipes e avaliação de indicadores assistenciais”. As linhas de cuidado, por sua vez, aparecem como “estratégia de organização

	<p>da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário”. As Diretrizes Terapêuticas são definidas como “recomendações desenvolvidas de modo sistemático para auxiliar os profissionais de saúde e usuários no momento da tomada de decisões acerca de circunstâncias clínicas específicas”. Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos devem ser adotados no intuito de garantir intervenções seguras, resolutivas e evitar ações desnecessárias.</p> <p>EX7. Contratualização. O pagamento por desempenho institucional.</p>
--	--

CATEGORIA: COTIDIANO / ARCABOUÇO INSTITUCIONAL	
TEMAS (UNIDADE DE REGISTRO)	EXEMPLOS (UNIDADES DE CONTEXTO)
<p>PROCOLOS INFORMAIS</p>	<p>EX1: “Às vezes, eu acho que o protocolo que se exige é isso: que tu respondas às situações de acordo com as urgências, com as prioridades. Então, a gente tem que estar ali avaliando isso o tempo inteiro.” (P.1)</p> <p>EX2: “Ao longo da semana e ao longo das vinte e quatro horas, [o serviço] é muito heterogênea nos recursos humanos e o hospital é muito heterogêneo no serviço de apoio. Tem serviço que não funciona à noite, tem dia que nós estamos em dois [médicos no turno], tem dias que nós estamos em três. [...] Eu acho que, enquanto não estiver homogêneo isso, não estiver [o serviço] homogêneo, a questão de ter sempre três pelo menos médicos em cada horário e o serviço de apoio, radiologia</p>

	<p>funcionar melhor, ter mais agilidade para conseguir determinado serviço de apoio fora [do serviço] [...], esse protocolo vai funcionar somente naquele dia que estiver os três e [o serviço] não estiver lotado etc. e tal.” (P.22)</p> <p>EX3: “Eu acho que em Florianópolis as coisas não são, o sistema não é articulado [...]. Mas é por isso que tem que ter a rede, tem que ter um filtro até chegar, porque eu penso que é extremamente ineficiente...” (P.22)</p> <p>EX4: “Esse protocolo não atende toda a nossa demanda. Quando você está lá trabalhando com ele e tem que classificar todos os pacientes você usa muito mais daquilo que você conhece e sabe do que daquilo que o protocolo diz de fato ou o que você está vendo no dia a dia com os demais enfermeiros da unidade que você acompanhou.” (P.20)</p>
<p>“EVIDÊNCIAS” DA REPRODUÇÃO DAS PRÁTICAS INSTITUCIONAIS NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS</p>	<p>EX1. “A gente constrói, pelo menos aqui no serviço, a gente tenta construir essas atividades assim baseadas em evidência mesmo, baseada em artigo científico e em protocolos de serviços mais conceituados, como os serviços principais Einstein, Sírio Libanês, que a gente se baseou nos protocolos deles de avaliação pra fazer o nosso, mas como a gente não tem braço pra fazer completamente tudo o que eles fazem então à gente tenta garantir o mínimo, [...] que é a que a gente julga ser o mais importante, pelo menos pra preparar melhor o indivíduo.” (P.2)</p> <p>EX2. “Toda a instituição tem um processo de trabalho diferenciado. Claro que, dentro da categoria, tem coisas unânimes como técnica, conhecimento científico, habilidades técnicas, qualificação, mas você tem que entender que está chegando na instituição. Então, é necessário pegar esse [profissional] e dar pelo menos o <i>bê-á-bá</i>, os protocolos, como é a visão da instituição, inclusive a da unidade, os</p>

	<p>processos de trabalho diários mesmo. Eles não conhecem as equipes ou o sistema. A gente sabe que tem o sistema, as equipes, que tem todo um arcabouço institucional, mas eles não sabem como funciona, nunca entraram aqui.” (P.20)</p> <p>EX3. “A gente fica muito em função de nos inteirarmos das rotinas do dia a dia para prestar serviço e acho que a gente vai muito seguindo essa forma. Talvez, nessa necessidade de buscar os embasamentos, a gente peca um pouco, incluindo por essa necessidade de estar já respondendo as demandas imediatas.” (AS1)</p>
<p>O PROCESSO DE TRABALHO COTIDIANO E SUA INFLUÊNCIA PARA “DEMANDAR”</p>	<p>EX1. “A gente pega a Passagem de Plantão junto com a equipe e, a partir dali, já tenta identificar as demandas que seriam pertinentes ao Serviço Social.” (AS1)</p> <p>EX2. “É interessante tu ver de que forma a equipe percebe a situação, como é que ela olha pra essa situação.” (AS2)</p> <p>EX3. “Eu pego a passagem de plantão às sete da manhã. [...] Aí a gente identifica as demandas para atendimento, geralmente, pegamos os dados das crianças e, quando a equipe de Enfermagem identifica alguma demanda [...], eles já falam ali, se não a gente mesmo identifica”. (P.5)</p> <p>EX4. “O enfermeiro, é a gente que fica vinte e quatro horas no setor. Então, se queima uma lâmpada, é o enfermeiro que faz a solicitação porque, muitas vezes, não tem o profissional escriturário administrativo para estar fazendo essa demanda. Então, precisa de uma medicação tem que ir no sistema e fazer a solicitação. Então, tu tens que ver a unidade como um todo, tanto a parte física, todas as unidades que têm. Até um banheiro de acompanhante que entope a gente tem que ligar</p>

	para a unidade para vir desentupir. Então, a gente tem um cuidado além das práticas exclusivas da Enfermagem. Ainda tem essas outras demandas burocráticas que aparecem.” (P.19)
--	--

CATEGORIA: O “SOCIAL” COMO MATÉRIA EM SAÚDE	
TEMAS (UNIDADE DE REGISTRO)	EXEMPLOS (UNIDADES DE CONTEXTO)
<p>O “SOCIAL” COMO OBJETO DE AVALIAÇÃO.</p> <p>A AVALIAÇÃO SOCIOFAMILIAR NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.</p>	<p>EX1. A ficha para inscrição em lista de espera requer dados cadastrais, além de diagnóstico; resultados dos exames laboratoriais e outros realizados; outras informações clínicas relevantes, a critério do médico assistente.</p> <p>EX2. A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. Dessa maneira, cabe à equipe multidisciplinar atuar em todas as etapas da internação para que esse momento seja estrategicamente realizado considerando aspectos físicos, psicossociais e econômicos, além do ambiente familiar do usuário.</p> <p>EX3. A previsão de uma avaliação sociofamiliar pode estar vinculada ao reconhecimento de que a ineficácia do tratamento no pós-operatório está associada à falta de rede de apoio social do paciente.</p> <p>EX4. “PESQUISADORA: Tem alguma orientação que chega desse documento para ti em relação à condição social desse paciente?”</p> <p>P.3: A gente tem a equipe multidisciplinar. A gente tem a assistente social no grupo também... e o que a gente sabe é que se o paciente não tem rede de apoio pode haver</p>

	<p>contraindicações por não ter uma condição social necessária para transplante... então todos esses pacientes são avaliados pela equipe multidisciplinar”.</p> <p>EX5. “Mas quando a gente percebe que o paciente poderia vir a precisar de um [item de cuidado em saúde] o ou de alguma coisa um pouco mais onerosa na alta, a gente pergunta, a gente faz esse tipo de abordagem também.” (P.9)</p> <p>EX6. “Se eu vejo que é uma pessoa que está acamada e institucionalizada, a gente especula um pouquinho mais as informações para colocar no histórico: há quanto tempo ele está assim? A família vai visitar na instituição? Quem vai? Essas coisas eu pergunto e extrapolo um pouquinho mais.” (P.20)</p> <p>EX7. “Então, nesse processo de avaliação mais amplo, onde a gente precisa ver qual é a causa [...], a gente consegue identificar mais esse risco social... sociocultural... às vezes até de disfunção familiar, não pensando em uma situação só biológica, mas de ambiente mesmo.” (P.21)</p>
<p>FORMAS, INSTRUMENTOS E ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR. OBJETIVOS E FUNÇÕES.</p>	<p>EX1. “A anamnese contém: a identificação, né?, que é: onde o paciente mora, de onde o paciente veio... cor, raça, tudo isso aí. Aí, depois, a gente faz a queixa principal do que o paciente chegou até ali [...]. A queixa principal tem que se... Geralmente, é uma frase, por exemplo: dor de barriga com as palavras do paciente. Aí, depois, a gente faz história da doença atual, que daí é toda a história da doença do paciente, tudo que ele for falando. Daí, não precisa ser com as palavras do paciente. Geralmente, a queixa principal a gente usa exatamente as palavras do paciente. [...] A anamnese a gente já vê o que o paciente vai falar e escreve. Aí, depois, tem o exame físico e aí</p>

	<p>tem a história da medicação em uso, né? Tudo que o paciente faz uso de medicação, a história médica prévia [...], a história familiar pregressa, todas as doenças familiares, pai, mãe, doenças, tudo mais que tem... irmão... a história médica do paciente mesmo... a história social do paciente que aí vai englobar geralmente a gente estuda na, na faculdade quando a gente tá aprendendo então tem que pedir de tudo, né? Mora em casa de madeira, se tem esgoto perto de casa, a condição de vida, renda... Tudo isso. Parte social [PESQUISADORA: Isso aí... esse é o último a história social?] Não, depois vai ter hábito de vida também, o que o paciente faz, se fuma, se bebe. E aí análise e o plano”. (P.27)</p> <p>EX2. “Sim, eu acabei conversando mais sobre essa questão porque a questão social dela definiu muita coisa da parte clínica dela, né?”. (P.33)</p> <p>EX3. “Geralmente, não. Geralmente, eu trabalho a partir da queixa, mas, no “estado geral”, já acabam vindo algumas informações sobre isso.” (P.16)</p> <p>EX4. “PESQUISADORA: Isso te ajuda a decidir se chama o assistente social ou não?</p> <p>P.29: Sim. Saber da rede de apoio dessa família é muito importante, saber que recursos tem. Coisas assim aparecem, como a pessoa que vai trabalhar, mas a mãe ou o marido ajudam, [se] tem emprego, se o salário dá para pagar as contas. Enfim.</p> <p>PESQUISADORA: Aí já te garante alguma coisa para chamar ou não.</p> <p>P.29: Isso”.</p>
O SOCIAL NA RELAÇÃO MATÉRIA-	<p>EX1. ““Então, para eu saber o que que eu posso dar aqui na frente, ou o que que eu vou ter que</p>

<p>OBJETO E OBJETIVO DO PROFISSIONAL. “SOCIAL” COMO ASPECTOS/DADOS-INDICADORES</p>	<p>fazer porque eu preciso daquilo, eu já pergunto assim se é casada, não é, trabalha, não trabalha, o marido trabalha ou não, e eu já consigo ver [...]” (P.7).</p>
<p>O SOCIAL E “FORMAS DE EXPRESSÃO” E “EMERSÃO”</p>	<p>EX1. “O técnico lida mais com o paciente, quem recebe, quem punciona, quem vê até a situação de higiene, essas coisas assim [...] ou maus-tratos, um cuidado precário em caso de paciente acamado, são os técnicos mesmo.” (P.13)</p> <p>EX2. “Às vezes, eu perguntava assim, na hora de examinar, a gente vai criando o vínculo ali com o paciente e a gente vê, às vezes, se ele é muito carente, percebendo assim, daí a gente acaba perguntando se tem filhos...”. (P.31)</p>
<p>O SOCIAL NA ESTRUTURAÇÃO DAS AÇÕES PROFISSIONAIS</p>	<p>EX1. “Elas têm essa direção, mas, via de regra, a gente vê no que elas podem contribuir para estimar o cuidado em relação à manutenção daquele tratamento em casa. Uma pessoa com uma condição socioeconômica muito ruim vai ter dificuldade para lidar com isso. E isso, às vezes, pesa ou não para a gente internar uma pneumonia, por exemplo. Talvez para uma pessoa com uma condição socioeconômica melhor a gente possa dar alta com a medicação via oral porque o paciente vai ficar bem, mas o paciente que está clinicamente bem, mas que não vai ter condição de se cuidar, morando na rua, a gente acaba deixando um tempo internado. Então, a condição social influencia mais no manejo e não no tratamento porque a nossa população acaba sendo uma população de SUS. Então, o que a gente consegue resolver, acaba resolvendo aqui.” (P.23)</p>
<p>DEMANDA NA ORGANIZAÇÃO E NAS</p>	<p>EX1. “Então, isso varia bastante a minha rotina porque depende [d]as clínicas [em] que eu</p>

<p>CONDIÇÕES DE TRABALHO</p>	<p>estou, né? Às vezes, por exemplo, dependendo do que acontece lá em cima com as outras [profissionais], eu, além das duas clínicas, ainda dou uma passada em outra clínica. Então, a rotina é bem variável, né? Agora, eu estou com duas residentes, também agora aqui n [o serviço], eu estou mais n[o outro serviço].” (P.7)</p> <p>EX2. “O enfermeiro, é a gente que fica vinte e quatro horas no setor. Então, se queima uma lâmpada, é o enfermeiro que faz a solicitação porque, muitas vezes, não tem o profissional escriturário administrativo para estar fazendo essa demanda. Então, precisa de uma medicação tem que ir no sistema e fazer a solicitação. Então, tu tens que ver a unidade como um todo, tanto a parte física, todas as unidades que têm. Até um banheiro de acompanhante que entope a gente tem que ligar para a unidade para vir desentupir. Então, a gente tem um cuidado além das práticas exclusivas da Enfermagem. Ainda tem essas outras demandas burocráticas que aparecem.” (P.19)</p> <p>EX3. “A gente tem quatro pessoas agora disponíveis para esse sobreaviso do ambulatório. [...] A intenção do sobreaviso é fazer qualquer tipo de acionamento.” (P.8)</p>
<p>PÚBLICOS E SUJEITOS IDENTIFICADOS COM O SOCIAL</p>	<p>EX1. “As pessoas em situação de rua, a gente não precisa falar nada, né?, porque eles já passam a passagem de plantão olhando pra ti.” (AS2)</p> <p>EX2. “Eles já não deixam sair uma pessoa aqui [do serviço] que tentou suicídio sem uma avaliação psicológica. Sei lá, pode ser uma ilusão minha, mas a percepção que eu tenho é que eles não deixam alguém sair daqui em situação de rua sem ter uma avaliação do Serviço Social.” (P.1)</p>

<p>O SOCIAL COMO MATÉRIA RECONHECIDA PELA INSERÇÃO NO SERVIÇO.</p>	<p>EX1. “E até bem pouco tempo atrás, eu não me importava com paciente. “Ah, tá, ele é DPOC, é um paciente que tem uma condição pulmonar ruim, mas eu não me atentava a ficar questionando aonde que ele morava, se conseguia, por exemplo, subir, por exemplo, uma ladeira [...]. Então, eu comecei a me questionar mais, depois que eu fui vendo o trabalho melhor em equipe [...].” (P.2)</p> <p>EX2. “Na relação de trabalho, eu acho que escola nenhuma, academia nenhuma vai ensinar à gente a prática do trabalho de equipe. Os textos, eles podem ser bonitos e podem nos basear nos princípios teóricos, marcos conceituais, mas eu acho que é só a prática que vai ensinar a fazer relações fortes em equipe, porque, muitas vezes, as relações em equipe, elas são fragilizadas. No medo de invadir espaço um do outro. Então é a prática que me torna forte, em saber como que eu trabalho com o assistente social.” (P.17)</p> <p>EX3. “Foi atuando com vocês, na experiência, na vida acadêmica, eu fui conhecer também como era a formação de vocês. Mas o primeiro contato com a prática de vocês foi na minha experiência prática. Depois você vai conversando e conhecendo melhor os profissionais e vai entendendo melhor o papel da prática deles também.” (P.26)</p> <p>EX4. “A gente já via na graduação, com certeza, nas observações.” (P.16)</p>
<p>O CASO SOCIAL E A INTERNAÇÃO SOCIAL COMO MATÉRIA DO ASSISTENTE SOCIAL. FORMAS DE DEFINIÇÃO.</p>	<p>EX1. “Então, às vezes, era até uma forma de proteção social que se tinha, mas que também era um ambiente de ensino para mostrar aos diversos alunos de diversos cursos que de repente era uma família de risco. Por isso, talvez, que o vínculo com a equipe e com o</p>

<p>LEGITIMIDADE. FINALIDADES.</p>	<p>próprio assistente social sempre foi bem forte.” (P.21)</p> <p>EX2. “Entendo que existem essas situações em todo o contexto do indivíduo, que geralmente tem cunho social e culmin[aram] em uma questão biológica clínica aguda.” (P.20)</p> <p>EX3. “Às vezes, pela própria queixa da mãe, de estar sozinha e não ter rede de apoio da família, recentemente ter uma situação de risco de separação... A mãe doente com o filho doente que acaba não tendo uma estrutura para cuidado, para dar conta do cuidado.” (P.21)</p> <p>EX4. “Quando ela está internada, tu vê a dinâmica familiar. Às vezes, vem outro familiar que, assim, que acaba que conversa. Então, tu tem mais oportunidade de cuidar, assim de contato com outras pessoas. Na Emergência, eu acho mais difícil.” (P.11)</p> <p>EX5. “Da mesma forma que a gente recebe, quando [o paciente] chega aqui com uma internação prévia, a gente recebe e é feita toda a avaliação inicial do [paciente] aqui pelos médicos, enfermeiros. A gente, muitas vezes, acaba acionando o Serviço Social aqui já e é feita uma avaliação aqui para ver se é indicativo de internação ou não.” (P.26)</p>
---------------------------------------	---

<p>CATEGORIA: A PROCESSUALIDADE DA DEMANDA COMO VARIAÇÃO DO “SOCIAL” COMO MATÉRIA</p>	
<p>TEMAS (UNIDADE DE REGISTRO)</p>	<p>EXEMPLOS (UNIDADES DE CONTEXTO)</p>
<p>MATÉRIAS ATRIBUÍDAS AOS ASSISTENTES SOCIAIS</p>	<p>EX1. “O profissional da equipe que mais tem essa preocupação de trabalhar na questão da família. [...] Eu entendo que seja uma atribuição de toda equipe, mas me parece que quem tem mais essa apropriação é o assistente social.” (P.15)</p>

	<p>EX2. “Eu acho que a gente encaminha bastante mesmo que não se identifique algo muito grave. Quando a gente vê uma condição socioeconômica mais baixa [...]” (P.18)</p> <p>EX3. “Às vezes, é uma demanda um pouco mais geral assim, né? É uma coisa um pouco mais, assim, de ver: “Olha, [assistente social], temos que ver se realmente a família vai assumir o cuidado, né?” (P.6)</p>
<p>A DEMANDA APREENDIDA NA INSERÇÃO NO SERVIÇO</p>	<p>EX1. “Mas é uma coisa bem difícil porque não é que não tem condições, o papel do assistente social não é esse. O papel é tentar dar condições pra que [...], aquela pessoa, aquele paciente, ele consiga chegar à possibilidade [do tratamento] porque é a necessidade dele.” (P.4)</p> <p>EX2. “Tudo que eu puder passar pra vocês, que acho que vocês puderem resolver, eu vou passar. A não ser que fale assim: “A gente pode ir até aqui. Daqui pra frente, a gente não pode fazer mais nada”. Vou pensar: “Tá bom, pelo menos eu compartilhei com elas. Não fiquei com o problema só pra mim, achando que tinha que ser só coisa da Enfermagem”. Porque a Enfermagem, às vezes, ela é muito social. A Enfermagem, às vezes, quer fazer o trabalho do social. E não é isso. Tem coisas que a gente pode, mas tem coisas que não. Se tem vocês, vocês têm que fazer, né?” (P.24)</p>
<p>A DEMANDA NO EXERCÍCIO DA PRESERVAÇÃO OU EXTENSÃO DAS ESPECIFICIDADES E SENTIDOS DO TRABALHO EM EQUIPE</p>	<p>EX1. “A gente já aciona o serviço que é mais especializado que pode dar uma atenção maior, né?” (P.33)</p> <p>EX2. “Às vezes, usuários de drogas, por exemplo, eles pedem ajuda, então, daí, tu vê que é, poxa, é uma coisa que eu não vou conseguir fazer, é uma coisa que eu não vou conseguir acompanhar, né? Pela nossa rotina, pelas</p>

	<p>demandas que a gente tem na nossa área e que, com certeza, um outro profissional, outro profissional que faça isso, seria importante estar no contexto para conseguir fazer o seguimento dele, dar continuidade dessas demandas que eles pedem porque, assim, eu não consigo assim ver. Aí, eu não vou conseguir avaliar o ambiente [do paciente], eu não vou conseguir.” (P.11)</p> <p>EX3. “A gente faz o primeiro atendimento, ou a gente acaba fazendo uma triagem e pedindo pareceres para as diversas especialidades. É movimento assim, é contínuo.” (P.14)</p> <p>EX4. “Sim, tem coisas que estão fora do meu alcance, principalmente quando cai nessa parte.” (P.22)</p> <p>EX5. “A gente acha que um só não funciona, a gente precisa de todos. Às vezes, tem aqueles profissionais que querem abraçar tudo, mas isso não funciona. O melhor para o paciente é quando cada um na sua área do seu conhecimento consegue.” (P.7)</p>
<p>COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS: A DEMANDA COMO VARIAÇÃO. EXPECTATIVA DE RESULTADOS, REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS OU ACESSO A RECURSOS</p>	<p>EX1. “Condições para que ele consiga chegar a realizar [o tratamento], que tenha uma boa recuperação no pós-operatório, auxiliar o paciente nessas questões, às vezes, de documentação; as mais burocráticas, com relação a benefícios, que, às vezes, eles não têm conhecimento e vão precisar também desses benefícios. Em caráter, né?, às vezes, momentâneo, só pra, durante a realização, o período de recuperação do transplante, um BPC ou até mesmo ajudar ele a unir a documentação pra aposentadoria. Mostrar os caminhos.” (P.4)</p> <p>EX2. “Eu sempre digo que, na alta do paciente, essa parte da assistência nos tem dado mais pernas para poder acompanhar o paciente fora. Então, muitas vezes, a gente aciona até para fazer essa transição da alta ou depois da</p>

	<p>avaliação do diagnóstico estabelecido. O Serviço Social consegue, de repente, estender esse papel com outros colegas da rede de assistência primária.” (P.21)</p>
<p>DEMANDA COMO POSSIBILIDADE DA INTERAÇÃO, INTERLOCUÇÃO, DISPONIBILIDADE PRESENCIAL OU VIRTUAL.</p>	<p>EX1. “A gente percebe que tudo tem um tempo para adaptação. Então, as equipes também precisam te conhecer e saber como é o teu trabalho, como você trabalha. É um hospital-escola, então, eles sempre estão vendo quem tem mais experiência, quem tem menos, então, é necessária essa adaptação para as pessoas começarem a contar contigo.” (P.20)</p> <p>EX2. “Se a gente não sabe o que o profissional faz, não tem como acionar. Vai ficar sem resolver aquilo. Então, é necessário conhecer o papel do Serviço Social, sim [...]. Quanto mais você começa a entender o papel do outro, muito mais ele se torna importante para você. Quanto mais tu entende o que ele faz, mais você entende a importância dele.” (P.20)</p> <p>EX3. “Aqui [no serviço], a gente tem essa prática. Qualquer profissional que faz um atendimento com [o paciente] dá um <i>feedback</i>. E esse <i>feedback</i> pode ser no dia a dia.” (P.17)</p> <p>EX4. “No [serviço], a gente caminha junto. Então, a gente sempre sabe quais são as ações, o que [...] um tá fazendo, o que [...] o outro tá fazendo.” (P.15)</p> <p>EX5. “A gente tem um contato muito bom com o Serviço Social então acabamos discutindo caso a caso quando precisa.” (P.13)</p> <p>EX6. “Elas estarem à disposição e a sala ser aqui quase do lado, isso facilita um monte o nosso processo, sabe?” (P.7)</p> <p>EX7. “Com certeza, se você sabe que a pessoa não está disponível, que está em algum lugar</p>

	<p>que você nunca viu, ela não entra no teu raciocínio ou no manejo do diagnóstico. Ela não vai entrar.” (P.23)</p> <p>EX8. “A gente vai no WhatsApp®, então fica fácil, tá disponível a qualquer hora. Então, se ela não ler agora, ela vai ler depois. [...] A gente dá um jeito de se comunicar seja a hora que for. Na necessidade, a gente já manda, não deixa para depois, sabe que a pessoa não vê agora, vai depois tentar resolver.” (P.2)</p>
<p>ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS DOS ASSISTENTES SOCIAIS PELOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE</p>	<p>EX1. “O Serviço Social ajuda muito também na questão, assim, de avaliar. É a rede familiar, é a rede de apoio de saúde perto da casa dele, é... Então, essas informações, para mim, são informações bastante valiosas, assim, que interferem bastante no meu trabalho, né?” (P.6)</p> <p>EX2. “É identificar [...] as principais questões [...] sociais que esse paciente [...] tem, né?, e o que tem de muito bom que a gente pode e usar ao nosso favor e o que tem de muito ruim que a gente precisa melhorar.” (P.2)</p> <p>EX3. “É saber levantar as características da família e a situação de vida deles, de forma a garantir os direitos e saúde [do paciente], o que pode estar prejudicando ou dificultando e, daí, ver o que dali pode encaminhar e orientar para que essa família seja mais saudável, tentar melhorar a situação [do paciente].” (P.18)</p> <p>EX4. “Eu sei que ele vai garantir os direitos e acionar serviços, ele vai possibilitar uma inserção daquele indivíduo na sociedade e ele a se manter.” (P.20)</p>
<p>DEMANDA NA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E</p>	<p>EX1. “Às vezes, tu és obrigada a fechar o olho, mesmo tendo aquele <i>feeling</i> que identifica alguma coisa, mas tu deletas. Infelizmente, às</p>

<p>PRESSUPOSTOS PARA DEMANDAR</p>	<p>vezes, está com uma outra prioridade ali.” (P.18)</p> <p>EX2. “Não tem um protocolo para chamar o assistente social, então, vai muito da sensibilidade, manejo e conhecimento do que o outro faz.” (P.20)</p> <p>EX3. “Mas, às vezes, eu não tenho nem tempo de atender quem está ali precisando de cuidado. Como é que eu vou parar para prestar atenção nas outras coisas?” (P.29)</p> <p>EX4. “Na verdade, eu encaminho, se é ou não é, ela que vai me dizer. “Olha [profissional], isso não é comigo. Nós precisamos falar com determinada pessoa”. “Beleza, eu vou falar com determinada pessoa”. [...] É bem assim e a mesma coisa quando ela vem pra mim. Na dúvida, ela vem e eu: “Não [assistente social], isso aí eu não tenho como, vamos passar pra outro.” (P.2)</p> <p>EX5. “PESQUISADORA: E tem alguma situação que te deixa na dúvida se é para o assistente social ou outro profissional? Para o psicólogo, talvez...”</p> <p>P.26: Não, até porque vocês filtram bem. Vocês são os primeiros que a gente busca. Sempre são vocês que a gente busca primeiro [...]. Tem sempre um contexto familiar e a Psicologia a gente usa muito direcionada com os problemas sempre com vocês junto. A gente nunca chama só a Psicologia. Para nós, é bem claro.”</p>
<p>LOGÍSTICA E PRINCIPAIS AGENTES NA DEMANDA</p>	<p>EX1. “Sim, ramal a gente liga ou, às vezes, eu até dou um toque na enfermeira: ‘Ó, aciona pra mim quem é que tá hoje no Serviço Social’ e logo já chega alguém aqui.” (P.23)</p> <p>EX2. “Ou eu vou diretamente quando estou muito ansiosa. Eu já passo por cima de todos e</p>

	<p>vou fazer as coisas, mas geralmente é assim, tem o estudante, aí vem o residente que você orientou para fazer isso.” (P.30)</p> <p>EX3. “Geralmente, a gente discutia o caso e se tinha necessidade. Porque, geralmente, discute os casos, as condutas, né? Daí, geralmente, a gente pedia pra Enfermagem, mas eu nunca cheguei ligar assim diretamente pra chamar.” (P.27)</p> <p>EX4. “Sempre sou eu que faço e muito a gente também leva, de perguntar o que acham de acionar o Serviço Social.” (P.29)</p>
--	---

APÊNDICE F
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA – TRINDADE – CEP 88040-900 –
FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-6514 - FAX +55 (48) 3721-9990
ppgss@contato.ufsc.br| <http://ppgss.ufsc.br/>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **SERVIÇO SOCIAL E A CONFIGURAÇÃO DAS DEMANDAS DE ATUAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: o caso social em saúde.** A pesquisa será realizada para elaboração da Tese de Doutorado em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFSC, e a partir dessa inserção se reconhece a importância de entender o processo de trabalho coletivo em saúde. O objetivo é identificar e analisar a atual configuração da demanda de atuação de assistentes sociais por profissionais no contexto de práticas de equipes de saúde no Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de S. Thiago (HUPEST/UFSC) e analisá-la a partir das referências presentes na definição do objeto de trabalho ou matéria de atuação dos assistentes sociais no campo da saúde..Como procedimento metodológico central serão realizadas entrevistas e, por isso, convidamos você para participar de uma entrevista gravada (apenas com sua permissão) com perguntas relativas ao seu trabalho em conjunto com o assistente social, rotinas e elementos que perpassam o processo de demandar a atuação desse profissional. A pesquisa visa trazer benefícios, mesmo não imediatos aos participantes, sobre as relações profissionais e o trabalho multiprofissional em saúde. Como possíveis riscos da pesquisa, o participante pode se sentir constrangido, ou desconfortável em responder às questões, pelo conteúdo dos assuntos abordados na entrevista. Ressalta-se que os riscos e desconfortos durante a entrevista podem estar relacionados aos assuntos abordados, apresentando-se no momento das perguntas e respostas ao provocar sentimentos e inseguranças nas/nos entrevistados/as. Ciente de que a pesquisa possui algum risco, a pesquisadora responsável estará atenta aos sinais emocionais dos entrevistados e compromete-se a não prosseguir com a entrevista caso

haja algum desconforto ou manifestação dos/as entrevistados/as. Você será esclarecido/a sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. É importante destacar que sua participação é voluntária e a recusa em participar da entrevista, em qualquer momento, não acarretará nenhum prejuízo e penalidade. Aos/às entrevistados que tenham se sentido em situação de dano, as pesquisadoras se comprometem com a assistência imediata e integral referente às questões que se apresentarem para participar da solução. Caso não seja possível, se comprometem, formalmente, com possíveis indenizações, conforme decisão judicial ou extrajudicial, caso o mesmo seja comprovado. Em relação ao ressarcimento, a legislação brasileira não permite qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, sendo que não haverá despesas relativas à sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha ocorrer, você será ressarcido nos termos na lei. A pesquisadora responsável garante o sigilo e a privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. Caso por, algum motivo ocorra quebra do sigilo e privacidade, será garantida indenização aos participantes da pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Os resultados e sua participação permanecerão confidenciais, uma vez que os registros escritos e gravados permanecerão arquivados na sala da orientadora da pesquisa, no Departamento de Serviço Social da UFSC. Não se fará referência à identidade dos participantes no trabalho. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os responsáveis pela pesquisa se comprometem a seguir e cumprir com todas as determinações da Resolução CNS 466/2012, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

As duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serão impressas, rubricadas e assinadas pela pesquisadora responsável, por você e/ou por seu representante legal ou pela (s) pessoa (s) por você delegada (s). Guarde cuidadosamente sua via, pois é um documento com poder jurídico que traz importantes informações de contato e garante seus direitos como participante da pesquisa. Em ambas as vias constam o endereço e contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa, pelos participantes da pesquisa e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Em caso de dúvida(s) em

relação ao projeto e pesquisa, poderá entrar em contato com responsável principal: Francielle Lopes Alves, e-mail: francialves@hotmail.com, telefone (48) 3721-9127 ou pelo endereço: Rua Professora Maria Flora Pausewang, SN – Trindade, Hospital Universitário, Florianópolis/SC; ou com a Professora orientadora Dra. Regina Célia Tamaso Miotto, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo telefone (48) 3721-6514, e-mail: regina.miotto@gmail.com, endereço Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n – Trindade, Departamento de Serviço Social. UFSC. Também poderá ser contatado o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC pelo endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Prédio Reitoria II, Trindade, Florianópolis/SC, telefone (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Ao aceitar participar, você deve assinar esse termo de consentimento, juntamente com a pesquisadora. Você receberá uma cópia deste termo. Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

CONSENTIMENTO

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar.

Nome	Assinatura	do	Data
	Participante		
Nome	Assinatura	do	Data
	Pesquisador		

ANEXO 1
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SERVIÇO SOCIAL E A CONFIGURAÇÃO DAS DEMANDAS DE ATUAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: O CASO SOCIAL EM SAÚDE

Pesquisador: Regina Célia Tamaso Mito

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63164916.1.0000.0121

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.985.262

Apresentação do Projeto:

Tese de Doutorado de Francielle Lopes Alves sob orientação de Regina Célia Tamaso Mito, do programa de pós-graduação em Serviço social. Estudo prospectivo, com 30 participantes. Critérios de Inclusão: A pesquisa será realizada com profissionais assistentes sociais e outros que compõem equipes de trabalho de três serviços de saúde do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HUPEST/UFSC): Núcleo de Transplante Hepático, Unidade de Emergência Adulto, Unidade de Internação Pediátrica. Critérios de exclusão: Todos aqueles que não se encaixam nos critérios de Inclusão. Intervenções: entrevistas semi-estruturadas, gravações de áudio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar e analisar a atual configuração da demanda de atuação de assistentes sociais por profissionais no contexto de práticas de equipes de saúde no Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de S. Thiago (HUPEST/UFSC) e analisá-la a partir das referências presentes na definição do objeto de trabalho ou matéria de atuação dos assistentes sociais no campo da saúde. **Objetivo Secundário:** Identificar e sistematizar as práticas, estratégias e recursos dos profissionais das equipes de saúde para demandar a atuação dos assistentes sociais, bem como o conteúdo das demandas. Identificar questões que se expressam na origem e conformação da demanda de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-8094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.925.202

atuação de assistentes sociais. Identificar e analisar as principais referências que se expressam nas demandas dos profissionais das equipes de saúde em que atuam assistentes sociais. Discutir e analisar a influência e a articulação dessas questões sobre as definições das ações profissionais dos assistentes sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise adequada dos riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável e pelo coordenador do programa de pós-graduação ao qual o pesquisador responsável está vinculado. Declaração(ões) do(s) responsável(is) legal(is) pela(s) Instituição(ões) onde a pesquisa será realizada, autorizando-a nos termos da resolução 466/12. Cronograma, Informando que a coleta de dados se dará a partir de março/2017. Orçamento, Informando que as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Roteiro(s) da(s) entrevista(s) a ser(em) feita(s) com os participantes. TCLE para os participantes,

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_824540.pdf	14/12/2016 20:20:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	14/12/2016 20:17:33	Francielle Lopes Alves	Aceito
Outros	DECLARACAORESPONSABILIDADE.pdf	14/12/2016 20:01:31	Francielle Lopes Alves	Aceito
Outros	ANUENCIAINSTITUICAO.pdf	14/12/2016 19:59:20	Francielle Lopes Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.doc	14/12/2016 19:52:03	Francielle Lopes Alves	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@conrado.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.905.202

Justificativa de Ausência	TCLE.doc	14/12/2016 19:52:03	Francielle Lopes Aves	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	14/12/2016 19:49:19	Francielle Lopes Aves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 27 de Março de 2017

Assinado por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)